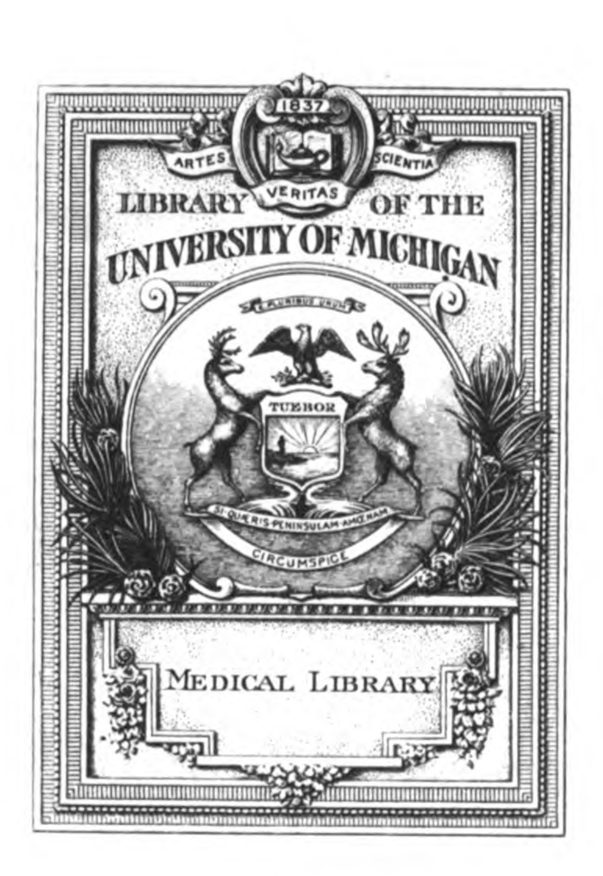





1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY

Nach h
holz, d

ZEITSCHRIFT

für

MEDIZINAL-BEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen,
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

XXVII. Jahrgang. 1914.



Berlin W. 62.
FISCHER'S MEDIZINISCHE BUCHHANDLUNG
H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Inhalt.

II. Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften u. s. w.[1])

A. Gerichtliche Medizin.

[1]) Die Namen der Referenten sind in Klammern beigefügt.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

C. Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

1. Gutachten und Referate.

Seite

2. Entscheidungen in Unfall- und Invaliditätssachen.[1])

D. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.[2])

1. Bakteriorogie und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

[1]) Wo kein besonderer Vermerk gemacht ist, sind die nachstehenden Entscheidungen solche des Reichsversicherungsamts.
[2]) Die Namen der Referenten sind in Klammern beigefügt.

2. Cholera.

3. Pest, Fleckfieber.

4. Pocken, Varizellen und Schutzpockenimpfung.

5. Unterleibstyphus.

15. Geschlechtskrankheiten, Prostitution.

16. Pellagra.

17. Krebs und sonstige Geschwülste.

18. Tropenkrankheiten und Tropenhygiene.

(Schlafkrankheit, Beri-Beri, Maltafieber, Malaria usw.)

19. Zoonosen (Rotz, Milzbrand, Tollwut, Schweinerotlauf usw.)

4. Beseitigung der Abfallstoffe und Abwässer; Reinhaltung der Flüsse.

5. Hygiene der Nahrungs- und Genußmittel und Gebrauchsgegenstände.

6. Gewerbehygiene. Eisenbahnhygiene.

9. Jugendfürsorge, Jugendspiele und Leibesübungen.

10. Fürsorgeerziehung,

11. Fürsorge für Kranke. Rettungs- und Krankentransport-Wesen.

12. Taubstummenfürsorge.

13. Krüppelfürsorge.

14. Irrenfürsorge.

15. Bekämpfung des Alkohol- und des Tabak-Mißbrauchs.

III. Besprechungen.[1]

[1] Die Namen der Referenten sind in Klammern beigefügt.

Tagesnachrichten.

Verschiedenes.

Sach-Register.

Namen-Verzeichnis.

27. Jahrgang; Nr. 1. Ausgegeben am 5. Januar 1914.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch
J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 1.

INHALT.

2. Schulhygiene.

3. Jugendfürsorge.

4. Fürsorgeerziehung.

5. Krüppelfürsorge.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem Reg.- u. Med.-Rat Dr. de Bary in Metz, dem Kreisarzt Med.-Rat Dr. Eyles in Metz, den ordentl. Professoren Dr. Ewald, Direktor des physiologischen Universitäts-Instituts in Straßburg i. Els. und Dr. Krückmann, Direktor der Universitäts-Augenklinik in Berlin; — als Geheimer Sanitätsrat: den San.-Räten Dr. Steinmetz, Gerichts- und Gefängnisarzt in Colmar, Dr. Unckel, Kantonalarzt in Ars a. d. M. und Dr. Nellner in Westerhauderfehn; — als Sanitätsrat: dem Kantonalarzt Dr. Meyer in Bad Niederbronn bei Hagenau i. Els., den praktischen Aerzten Dr. Cahn und Dr. Kreiß in Straßburg i. Els., Dr. Herrings in Pfirt (Kreis Altkirch); — das Prädikat Professor: den Privatdozenten Dr. Arndt in Berlin, Dr. Th. Cohn und Dr. Streit in Königsberg i. Pr., Dr. Groß in Greifswald, Dr. Schmidt in Breslau, Dr. Heynemann in Halle i. S., Dr. Schede in Kiel, Dr. Hürter Dr. Kirchheim in Marburg a. d. L., Dr. Moritz Katzenstein in Berlin, dem Laboratoriumsvorsteher bei der Kinderklinik Dr. phil. et med. Dr. H. Aron in Breslau, dem Frauenarzt San.-Rat Dr. Bokelmann in Charlottenburg, den Spezialisten für Chirurgie Dr. Drehmann in Breslau und Dr. Zondek in Berlin, dem Prosektor Dr. Hueter in Altona; — der Kronenorden II. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat a. D. in Minden i. W.; — der Rote Adlerorden III. Klasse mit der Schleife und Schwertern am Ringe: dem Marine-Generaloberarzt Dr. Guddem in Kiel.

Genehmigung erteilt zur Anlegung des Ritterkreuzes des Päpstlichen Ordens des Heiligen Gregorius des Großen: dem Arzt Dr. Winands in Aachen; des Ritterkreuzes II. Klasse des Herzoglich Sachsen-Ernestinischen Hausordens: dem Oberarzt Dr. Walz in Neuhaus bei Paderborn, dem Stabsarzt d. R. Dr. Hager in Gotha und dem praktischen Arzt Dr. Trautmann in Gotha; des Offizierehrenkreuzes des Fürstlich Lippischen Hausordens:

dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Eulenburg in Berlin; des Fürstlich Schwarzburgischen Ehrenkreuzes III. Klasse: dem prakt. Arzt Dr. Waldau in Ruhland (Lausitz); des Königl. Bayerischen Militärverdienstordens: dem Generalarzt Dr. Paalzow in Berlin, Abteilungschef im Kriegsministerium; des Ritterkreuzes des Königlich Dänischen Danebrogordens: dem prakt. Arzt Dr. Rohde in Kiel; des Offizierkreuzes des Königlich Bulgarischen Zivilverdienstordens: dem Privatdozenten Dr. Kirschner, erstem Assistenten der chirurgischen Klinik in Königsberg i. Pr.; des Ritterkreuzes des Königlich Schwedischen Nordsternordens: dem außerordentl. Professor in der medizin. Fakultät der Friedrich Wilhelms-Universität in Berlin Dr. Dieck; des Komturkreuzes II. Klasse des Herzoglich Sachsen-Ernestinischen Hausordens: dem Generaloberarzt Dr. Meyer in Halle a. S.; des Ritterkreuzes I. Kl. des Herzogl. Anhaltischen Hausordens Albrecht des Bärens: dem Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. Haverbeck in Dessau; des Fürstlich Schwarzburgischen Ehrenkreuzes III. Klasse: dem Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Pöhlig in Rudolstadt; des Offizierkreuzes des Kaiserl. Oesterreichischen Franz Josefordens: dem Oberstabs- und Regiments-Arzt Dr. Beck in Crefeld; des Ehren-Ritterkreuzes II. Klasse mit der silbernen Krone des Großherzogl. Oldenburgischen Haus- und Verdienstordens des Herzogs Peter Friedrich Ludwig: dem Kreisarzt Dr. Mosebach in Prüm; des Großherrlich Türkischen Medschidjeordens III. Klasse: dem Sekundärarzt der chirurgischen Abteilung des Bürgerhospitals Dr. Luxembourg in Cöln und dem Assistenzarzt und Privatdozenten für Chirurgie Dr. Dreyer in Breslau; des Ritterkreuzes I. Klasse des Königlich Schwedischen Wasaordens: dem San.-Rat Dr. Speyer in Berlin-Wilmersdorf; des Offizierkreuzes des Königl. Griechischen Erlöserordens: dem San.-Rat Dr. Lampe in Frankfurt a. M.

Ernannt: Med.-Rat Dr. Hermann, Kreisarzt in Bitterfeld zum kommissarischen Reg.- und Med.-Rat bei der Königlichen Regierung in Allenstein, der Kreisassistenzarzt Dr. Schürmann, kommissarischer Kreisarzt in Gerdauen, zum Kreisarzt daselbst, Oberstabsarzt a. D. Dr. Reischhauer in Bromberg zum Kreisassistenzarzt und Leiter des Untersuchungsamtes daselbst, Privatdozent Prof. Dr. Ludloff in Breslau zum ordentlichen

Honorar-Professor der dortigen medizinischen Fakultät; zu Mitgliedern des Reichsgesundheitsrats: San.-Rat Dr. Dippe in Leipzig, Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Duisberg, Direktor der Farbenfabriken vormals Friedrich Bayer und Co. in Elberfeld, Prof. Dr. Gaffky, Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat in Hannover, Landes-Med.-Rat Dr. Holtzmann in Straßburg in Els., Prof. Dr. Kulisch, Direktor der landwirtschaftlichen Versuchsstation in Colmar i. Els., Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Lentz, Direktor des Kaiserlichen Gesundheitsamts in Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Pfeiffer, Direktor des Hygienischen Instituts in Breslau, Ober-Reg.-Rat Pröls, Rat im Staatsministerium des Innern in München, Geh. San.-Rat Dr. Stoeter in Berlin, Vorsitzender der Aerztekammer für Brandenburg, Oberbürgermeister Wallraf in Cöln a. Rh., Prof. Dr. Neumann in Gießen zum ordentl. Professor und Direktor des Hygien. Universits-Instituts in Bonn, a. o. Prof. Dr. Roemer in Marburg zum ordentl. Professor und Direktor des Hygienischen Universitäts-Instituts in Greifswald, der 1. Assistent am Hygienischen Institut in Halle a. S. Dr. Ungermann zum Reg.-Rat und Mitglied des Gesundheitsamts, Apotheker Hartmann in Ehrenbreitenstein zum kommissarischen pharmazeutischen Assessor des Medizinalkollegiums der Rheinprovinz.

Versetzt: Reg.- und Med.-Rat Dr. Meyen in Allenstein in gleicher Eigenschaft nach Liegnitz, der Kreisarzt Dr. Wagner in Aurich in gleicher Eigenschaft nach Saarlouis, der Kreisarzt Dr. Kahle in Schrimm nach Aurich, der Kreisarzt und ständige Hilfsarbeiter bei der Königlichen Regierung in Düsseldorf Dr. Doepner nach Düsseldorf, der Kreisarzt Dr. Kraemer in Worbis nach Kalbe a. Saale.

In den Ruhestand getreten: Die Regs.- und Geh. Med.-Räte Prof. Dr. Rapmund in Minden, Dr. Schmidt in Liegnitz und der Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. Kühn in Kalbe a. Saale.

Verabschiedet auf sein eigenes Ansuchen: Apotheker Med.-Rat Dr. Mertitsch in Vallendar, pharmazeutischer Assessor bei dem Medizinal-Kollegium der Rheinprovinz.

Gestorben: Kreisarzt Dr. Derbe in Allenstein, Dr. Rob. Franz in Berlin-Wilmersdorf, Kais. Regierungsrat bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, San.-Rat Dr. Härtelt in Waldau (Reg.-Bez. Liegnitz), Dr. Heinr. Schulze-Steinen aus Essen a. Ruhr in Godesberg a. Rh., San.-Rat Dr. Groß in Breslau, Dr. Ernst Jahn in Berlin, Dr. Seidler in Heydekrug, San.-Rat Dr. Ebeling in Berge (Reg.-Bez. Osnabrück), San.-Rat Dr. Fehres in Sobernheim (Reg.-Bez. Koblenz), Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Schmidt in Cosel, Dr. Karl Ernst in Wiesbaden, Dr. Otto Weidemüller in Düsseldorf, Dr. Hinkens in Rheydt, Oberstabsarzt Dr. Uhlich in Naumburg a. Saale, San.-Rat Dr. Philipps in Cöln a. Rh., Geh. San.-Rat Dr. Greven und San.-Rat Dr. Koll in Aachen.

Im Jahre **1913** haben das **Befähigungszeugnis zur Verwaltung einer Kreisarztstelle** erhalten:

Dr. Bernhard Abromeit in Königsberg i. Pr., Dr. Fritz Allendorff in Potsdam, Dr. Alfred Bormann in Marienwerder, Dr. Max Budde in Cöln, Dr. Hermann Dembowski in Dortmund, Dr. Julius

Dietrich in Blankenberg a. S., Dr. Erich Erb in Wehrheim i. T., Dr. Werner Fischer in Quedlinburg, Dr. Heinrich Gins in Berlin, Dr. Hermann Götting in Neustrelitz, Dr. Walter Groß in Berlin-Friedenau, Dr. Walter Hanow in Berlin-Wilmersdorf, Dr. Eduard Hiltmann in Jena, Dr. Otto Kracht in Nörenberg, Dr. Friedrich Landsbergen in Neukloster, Dr. Georg Lorentzen in Gevelsberg, Dr. Theodor Mahler in Buch (Bez. Potsdam), Dr. Kurt Mende in Stettin, Dr. Martin Nippe in Königsberg i. Pr., Dr. Adolf Oberstadt in Langenschwalbach, Dr. Kurt Oschmann in Weißenfels, Dr. Leonhard Quadflieg in Gelsenkirchen, Dr. Bruno Rathe in Rastede, Dr. Joseph Rau in Posen, Dr. August Savels in Trier, Dr. August Schaumberg in Windhuk, Dr. Max Schiedat in Bochum, Dr. Hugo Schirow in Steinau a. O., Dr. Fritz Scholz in Berlin, Dr. Paul Schubert in Lichtenfeld, Dr. Walter Schulze in Potsdam, Dr. Franz Sioli in Bonn, Dr. Max Sommer in Bendorf, Dr. Joseph Strauß in Crefeld, Dr. Kurt Tiling in Waldenburg, Dr. Albert Vasen in Bonn und Dr. Paul Vollmer in Minden.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Die III. Klasse des Verdienstordens vom heiligen Michael: dem Prof. Dr. Max Borst in München.

Ernannt: Die praktischen Aerzte Dr. Fest in Passau zum Bezirksarzt in Dingolfing und Dr. Ernst in Hof zum Bezirksarzt in Teuschnitz.

Gestorben: Hofrat Dr. Rich. Neukirch in Nürnberg, Hofrat Dr. Alois Braun in München, Oberstabsarzt a. D. Dr. Krug in München.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem Professor der Hygiene Prof. Dr. Kruse in Leipzig.

Gestorben: Geh. San.-Rat Dr. Joh. Wentscher in Leipzig.

Grossherzogtum Baden.

Gestorben: Dr. Wiswe, Mitbesitzer des Sanatoriums „Bühlerhöhe" bei Plättig (Schwarzwald).

Grossherzogtum Hessen.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Kischel in Butzbach zum Kreisassistenzarzt in Worms.

Gestorben: Dr. Rob. Wasmer in Karlsruhe.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Ernannt: a. o. Prof. Bumke, Oberarzt an der psychiatrischen Universitätsklinik in Freiburg i. Br. zum ordentlichen Professor für Psychiatrie und Nervenkrankheiten in Rostock und Direktor der Staats-Irrenanstalt Gelsheim bei Rostock.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Med.-Rat. Dr. Köhler, Bezirksarzt in Apolda i. Thüringen, Dr. Kaes im Krankenhaus Friedrichsberg bei Hamburg.

27. Jahrg. 1914.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Nr. 1.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Jan.

Aus der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde Berlin (Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Strassmann).

Vergiftungen durch Botulismus in der kreisärztlichen Tätigkeit.

Von Dr. L. **Bürger**, Assistent und Laboratoriumsleiter.

Das preußische Seuchengesetz vom 28. Juli 1900 bestimmt bekanntlich, daß jede Erkrankung und jeder Todesfall an Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung der für den Aufenthaltsort der Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis angezeigt werden muß. Die Polizeibehörde muß, sobald sie von einer derartigen Erkrankung, dem Verdacht der Erkrankung oder einem Todesfalle Kenntnis erhält, den zuständigen beamteten Arzt benachrichtigen. Dieser hat alsdann unverzüglich an Ort und Stelle Ermittlungen über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen und der Polizeibehörde eine Erklärung abzugeben. Die Kenntnis obiger Vergiftungen, spez. ihrer Symptomatologie, hat also für den Kreisarzt als Gesundheitsbeamten des Kreises große Bedeutung. Aber auch in seiner Eigenschaft als Gerichtsarzt wird der Medizinalbeamte in solchen

Fällen fast immer in Anspruch genommen, und zwar entweder als Obduzent oder sonst als Sachverständiger vor Gericht. Wenn nämlich die Staatsanwaltschaft von einer Nahrungsmittelvergiftung Meldung bekommt, leitet sie auf Grund der verschiedensten Gesetzesparagraphen ein Straf- resp. Ermittlungsverfahren ein.

Zunächst kommt der § 367 Absatz 7 des Strafgesetzbuches in Frage, wonach das Feilhalten oder Verkaufen verdorbener und verfälschter Eßwaren und Getränke bestraft wird. Außerdem bieten die verschiedensten Paragraphen des Nahrungsmittelgesetzes der Staatsanwaltschaft eine Handhabe zum Eingreifen.

Im § 10 Abs. 2 und im § 11 dieses Gesetzes wird mit Strafe bedroht, wer wissentlich oder fahrlässig Nahrungsmittel oder Genußmittel, die verdorben oder nachgemacht sind, unter Verschweigung dieses Umstandes verkauft, oder unter einer zur Täuschung geeigneten Bezeichnung feilhält.

Nach § 12 Abs. 1 desselben Gesetzes wird bestraft: Wer vorsätzlich Gegenstände, die bestimmt sind, als Nahrungs- oder Genußmittel zu dienen, derart herstellt, daß der Genuß derselben die menschliche Gesundheit zu schädigen geeignet ist, desgleichen, wer wissentlich Gegenstände, deren Genuß die menschliche Gesundheit zu schädigen geeignet ist, als Nahrungs- oder Genußmittel verkauft, feilhält oder sonst in Verkehr bringt.

Ist durch die Handlung eine schwere Körperverletzung oder der Tod eines Menschen verursacht worden, so tritt Zuchthausstrafe bis zu 5 Jahren ein. Ein Inverkehrbringen ist auch die Verwendung im eigenen Haushalte für Kinder, Frau, Personal.

Weiterhin kommt das Gesetz betr. Schlachtvieh- und Fleischbeschau vom 3. Juni 1900 in Frage. Außerdem geben die §§ 222 und 230 des Strafgesetzbuches, die von fahrlässiger Tötung und Körperverletzung handeln, häufig Anlaß zum Vorgehen.

Eine große Bedeutung kommt unter den Nahrungsmittelvergiftungen weniger wegen ihrer Häufigkeit als vielmehr wegen ihrer Gefährlichkeit der Wurstvergiftung, dem Botulismus, zu, der durch den von van Ermengem entdeckten Bac. botulinus erzeugt wird.

Es gibt verschiedene noch unbekannte Wurstvergiftungen, die dem echten, von Justinus Kerner[1]) zuerst genauer beobachteten und mit allen heute bekannten Symptomen beschriebenen Botulismus fast vollkommen gleichen. Ich erinnere nur an die Massenerkrankung von 79 Personen mit 4 Todesfällen im Jahre 1881 in Ansbach nach Genuß von Blutwürsten und Blutpressack, über die Spät[2]) berichtet hat. Dennoch sind die Symptome des echten Botulismus, der auch als Wurstvergiftung bezeichnet wird, so charakteristisch, daß es bei gut beobachteten länger dauernden Fällen gelingen dürfte, aus dem Krankheitsbild allein die Diagnose zu stellen.

Viele Fälle von Botulismus sind aber nur ungenügend oder überhaupt gar nicht beobachtet. Kommt doch die Wurstvergiftung hauptsächlich auf dem Lande vor, wo die Leute,

---

[1]) Kerner: Tübinger Blätter für Naturwissenschaft und Arzneikunde; 1817, Bd. III. Ferner neue Beobachtung über die in Württemberg so häufig vorfallenden Vergiftungen durch den Genuß geräucherter Wütsre. Tübingen 1820.

[2]) Spät: Friedreichs Blätter für gerichtl. Medizin; 1889.

obwohl sie ungenügende Kenntnisse von der zweckmäßigen Herstellung und Aufbewahrung von Würsten, Schinken, Konserven haben, diese Nahrungsmittel meist selbst herstellen oder aber durch oft ebenfalls unerfahrene, unsaubere Metzger etc. herstellen lassen, und wo das verwendete Schachtbrunnenwasser, die Gefäße etc. einen hohen Bakteriengehalt zeigen.

Besonders schwierig wird die Diagnose, wenn es sich um ganz foudroyant verlaufende Fälle handelt, die in wenigen Tagen tödlich enden, nachdem sie gar nicht oder nur 1—2mal vom Arzte gesehen sind. In diesen Fällen werden etwaige Angaben der Angehörigen über Magendarmstörungen, Sehstörungen und über die Unfähigkeit, nahe Gegenstände zu erkennen, über Lähmung der Lider, Pupillenerweiterung, Pupillenstarre, über Schluckbeschwerden etc. meist den Verdacht auf Botulismus lenken.

Der Kreisarzt muß dann versuchen, auf andere Weise den Fall zu klären. Oft wird die weitere Nachforschung ergeben, daß neben den Verstorbenen noch andere mehr oder weniger leicht Erkrankte vorhanden sind, bei denen die Untersuchung oder die Anamnese charakteristische Störungen ergeben.

Weiterhin ist nach den schuldigen Nahrungsmitteln zu forschen.

Der Botulismus kann durch die verschiedensten Nahrungsmittel hervorgerufen werden. Vor dem Jahre 1800 scheinen nur Vergiftungen durch geräucherte Blutwürste bekannt gewesen zu sein, doch zeigten schon Kerner[1]) und Steinbusch[2]), daß auch durch Leberwürste Botulismus verursacht werden könne. Besonders nach schlecht geräucherten, viel Flüssigkeit enthaltenden Würsten ist das Leiden von ihnen häufig beobachtet worden. Auch nach Genuß von Käse und fetten Vögeln, die lange befiedert zum Verkauf herumgetragen wurden, beobachtete man gelegentlich Krankheitserscheinungen, die den Schierlingsvergiftungen sehr ähnlich sahen, so daß man glaubte, die Vögel, meist Wachteln und Lerchen, müßten sich von Schierling genährt haben. Fette Vögel wurden auch von Kerner[3]) als Ursache des Botulismus angesehen, eingelegte Krickenten von Quincke[4]). Weiß[5]) sah nach Leberwurst, Böhm[6]) und Kaatzer[7]) nach Blutwurst, Pelzl[8]) nach anderer Wurst, Roth[9]), Groenow[10]), Römer[11]), Pedraglia[12]),

---

[1]) Tübinger Blätter für Naturwissenschaften usw.; 1817.
[2]) Ebenda.
[3]) Weiß und Kerner: Die neuesten Vergiftungen durch Würste. Karlsruhe 1824.
[4]) Med. Zeitung; 1885, S. 736.
[5]) Die neuesten Vergiftungen durch verdorbene Würste. Karlsruhe 1824.
[6]) Gen.-Ber. über d. San.-Verw. im Königr. Bayern; XIV., 1880.
[7]) Deutsche med. Wochenschrift; 1881, Nr. 7.
[8]) Wiener klinische Wochenschrift; 1904, S. 864.
[9]) Vierteljahrschr. f. ger. Medizin; Bd. 39, 1883.
[10]) Klinische Monatsbl. f. Augenheilkunde; 1890, S. 166.
[11]) Ein Beitrag zur Aetiologie des Botulismus. Zentralbl. f. Bakt.; Bd. 27.
[12]) Beitrag zur Augenheilkunde; 1891, S. 59.

van Ermengem[1]) nach rohem Schinken, Cohn[2]) nach Pasteten, Landmann[3]) nach saurem Käse, Collatz[4]) nach Konservenbohnen Vergiftungserscheinungen.

Im allgemeinen kommt Botulismus nur nach Nahrungsmitteln vor, die entweder gar nicht oder doch schon lange vor dem Genuß der Siedehitze ausgesetzt sind. Es wird nämlich das Botulismustoxin, das bekanntlich von dem Bac. botulinus in den Nahrungsmitteln, nicht aber im menschlichen Körper erzeugt wird, durch 5 Minuten lange Einwirkung einer Temperatur von 100° zerstört. Wenn trotzdem in der Literatur einige Fälle angegeben sind, wo nach gekochtem oder gebratenem Fleisch typischer Botulismus auftrat, so müssen wir annehmen, daß in diesen Fällen die Temperatur im Innern der Nahrungsmittel nicht die nötige Höhe erreichte oder nicht lange genug einwirkte.

Die Botulismus verursachenden Nahrungsmittel, spez. Wurst, Schinken, Fische, Käse etc., brauchen keineswegs einen verdorbenen Eindruck zu machen. Der Geruch ist meist ranzig, doch kann er zweifellos sehr schwach sein, denn wiederholt haben Personen, die später schwer erkrankten, angegeben, daß ihnen an den Speisen kein abnormer Geruch aufgefallen sei. Auch der Geschmack ist oft nur wenig ranzig. Wie mit dem Schinken, so ist es auch mit den Würsten. Häufig zwar hatten Würste, die als Ursache der Krankheit angesehen waren, einen üblen Geruch, in anderen Fällen aber zeigten sie guten Geruch und Geschmack. Der Speck des Botulismusschinkens sieht meist normal aus, während das Magerfleisch als weich, blaßgrau, feucht, mit streifenförmigen Stellen beschrieben wird. Die Bohnenkonservenbüchsen, die Botulismus zur Folge hatten, waren bombiert.

Die verdächtigen Nahrungsmittel müssen möglichst bald untersucht werden, und zwar sowohl bakteriologisch, wie im Tierexperiment. Auf die bakteriologische Untersuchung will ich nicht näher eingehen, sondern mich gleich dem Tierexperiment zuwenden.

Bei Fleisch, Würsten, Pasteten, Käse etc. empfiehlt es sich, wässerige, kalte Aufgüsse der zerkleinerten Nahrungsmittel mit physiologischer, kalter Kochsalzlösung herzustellen und sie nach einstündiger Extraktion mit und ohne Filtration durch ein Porzellanfilter zu verwenden. Der kalte Aufguß hat, wie schon van Ermengem betonte, den Vorteil, ein Produkt von konstanter Wirksamkeit zu liefern für den Fall, daß das Gift ungleichmäßig in dem Nahrungsmittel verteilt ist. E. van Emengem hat auch den Schinken als solchen verfuttert und ferner eine Mazeration des verdächtigen Schinkens hergestellt, indem er je ein Stück Fleisch, Muskel

[1]) Zeitschrift f. Hygiene; 1897, Bd. 96.
[2]) Archiv f. Augenheilkunde; Bd. 9, S. 148.
[3]) Hygienische Rundschau; 1904.
[4]) Berl. klin. Wochenschrift; 1905, Nr. 44.

und Fett zu gleichen Teilen in einen Mörser mit 5 Teilen sterilisierten Wassers verrieb. Konservenbrühe läßt sich in obiger Weise ohne weiteres benutzen. Erhitzt man Botulismustoxin 5 Minuten auf 100°, so ist es unwirksam. Kontrollversuche mit gekochtem Material müssen also negativ ausfallen. Auch an der Luft und am Licht verliert das Botulismustoxin rasch seine Wirksamkeit. Man muß daher das Material bis zum Tierversuch vor Licht und Luft geschützt aufbewahren. Gegen Fäulnis ist das Gift dagegen sehr widerstandsfähig, ebenso gegen schnelles Austrocknen bei 37°.

Bei den Tierversuchen geschieht die Einführung des verdächtigen Materials zweckmäßig per os subkutan oder intravenös. Für Einführung vom Magen aus sind besonders Meerschweinchen geeignet, die bei Versuchen van Ermengems, die ich bestätigen kann, wenige Stunden nach Genuß von 2—5 ccm Mazeration bewegungslos auf dem Bauch lagen; die Atmung war ängstlich, von Erstickungsfällen unterbrochen, die Temperatur bis 35° herabgesetzt, die Pupillen weit und starr. Tod nach 12 bis 48 Stunden. Kaninchen zeigten bei Vergiftung per os dieselben Symptome, aber erst nach größeren Dosen. Ratten, Tauben, Hunde, Hühner, Katzen vertragen das Gift per os gut; Fische und Frösche sind ganz unempfindlich dagegen.

Zur subkutanen oder intravenösen Vergiftung eignen sich besonders Meerschweinchen, Kaninchen, Katzen. Meerschweinchen und Kaninchen werden bei subkutaner Injektion von kleinen Dosen nach 12—48stündigem Latenzstadium apathisch, zeigen Pulsbeschleunigung, Atemnot, und progressive absteigende Paralyse, die bald partiell, bald generell ist. Pupillen gewöhnlich erweitert und träge reagierend; manchmal leichter Strabismus. Tod meist 4—6 Stunden nach Beginn der Krankheit.

Bei Katzen beobachtet man bei subkutaner Injektion: Beträchtliche und andauernde Mydriasis, Zungenprolaps, Aphonie, Aphagie, Retention von Urin, Kot und Galle.

Man könnte sich das Botulismustoxin für die Tierversuche nach der Brieger-Boer-Kempnerschen Methode[1]) auch rein darstellen, doch ist das nicht notwendig.

Ist von den in Frage kommenden Nahrungsmitteln, wie meist, nichts mehr vorhanden, so kann man event. das Erbrochene zu Züchtungs- und Tierversuchen verwenden, wobei man berücksichtigen muß, daß bei Botulismus krankmachende Nahrung oft außerordentlich lange im Magen bleibt, so daß nicht selten noch viele Tage nach dem Tode bei der Sektion Reste von ihr im Magen gefunden wurden, worauf bei der Behandlung des Botulismus leider häufig nicht geachtet wird.

Es scheint, daß das Botulismustoxin unter gewissen Bedingungen, die es im Magen vorfindet, direkt auf den Magen eine giftige Wirkung ausübt, ähnlich manchen anderen Bakteriengiften, die an sich z. B. bei Einwirkung auf ein isoliertes Organ

[1]) Deutsche med. Wochenschrift; 1896, Nr. 42 und 1897, Nr. 33.



ungiftig sind, aber schwere Giftwirkung entfalten, sobald man sie mit Komplement, z. B. Meerschweinchenserum, zusammenbringt. Durch das Botulismustoxin scheint eine Lähmung des Magens zu Stande zu kommen, ähnlich der Zwerchfellähmung, die Forßmann bei Einbringung des Giftes in Bauch- und Brusthöhle erzielte. So nur ist es erklärlich, daß wir bei den Botulismuskranken hin und wieder bei der Sektion oft mehrere Tage nach der todbringenden Mahlzeit noch große Teile derselben im Magen vorfinden; daß diese Lähmung von Magen und Darm nukleären resp. zentralen Ursprungs ist, scheint mir deshalb nicht wahrscheinlich, weil andere Lähmungen erst nach einer längeren Inkubation auftreten.

Sind weder Mageninhalt noch verdächtige Speisereste zu haben, so dürfte es zuweilen möglich sein, mit dem Blut eines Erkrankten bei Versuchstieren eine botulismusartige Vergiftung hervorzurufen und so die Diagnose zu sichern. Wenigstens gelang es Kob[1]), mit 2 ccm Serum einer bereits 9 Tage kranken, 11 Jahre alten Patientin, bei einem Meerschweinchen eine allmähliche Lähmung der Hinterteile und Tod am dritten Tage unter Atemstillstand zu erzielen. Die Sektion ergab keine Nebennierenschwellung, wohl aber ein ödematös sulziges Infiltrat an der Einstichstelle, ferner starke Füllung von Harn und Gallenblase, blutunterlaufene Stellen an Pleura und Peritoneum. In diesem Falle ergab also die subkutane Impfung mit dem Serum, daß keine Diphtherie vorlag, woran man anfangs gedacht hatte. Es fehlte nämlich die für Diphtherietoxin charakteristische Rötung und Schwellung der Nebennieren und das Pleuratranssudat; dagegen fand sich neben subperitonealen Blutungen Stauung der Galle und des Harns, wie sie für Botulismus charakteristisch ist.

Kommt es bei einem isolierten Botulismusfall zum Tode, so kann die Leichenöffnung unter Umständen die Diagnose bringen.

Alljährlich fast kommen uns Fälle von angeblicher Wurstvergiftung vor, wo die Sektion eine ganz andere Todesursache ergibt. Die positive Diagnose Botulismus aus dem makroskopischen Befunde zu stellen, ist allerdings nicht möglich, da die makroskopischen Organveränderungen durch Botulismustoxin wenig charakteristisch sind.

Die pathologische Anatomie des Botulismus beim Menschen ist außerdem noch wenig erforscht. Die Sektionen, die in der Literatur mitgeteilt sind, sind zum großen Teil aus älterer Zeit. Meist hat gar keine, oder doch nur eine ungenügende mikroskopische Untersuchung stattgefunden. Charakteristische Veränderungen sind nach den von van Ermengem, Marienesco, Römer und Stein, Kempner und Pollack, Pogomolez, Komotzki angestellten Versuchen besonders in den Kernen der Gehirnnerven, spez. des

[1]) Mediz. Klinik; 1905, S. 84.

Oculomotorius, in den Vorderhörnern des Rückenmarks, in der Leber und in den Nebennieren zu erwarten. In den Nervenkernen sind besonders degenerative Veränderungen der Ganglienzellen, in der Leber Hyperämie, Leukotyse und Nekrose, in den Nebennieren Sekretionssteigerung in den Markzellen und vermehrte Lipoidausscheidung in den Rindenzellen beschrieben.

Genauere histologische Untersuchungen dieser Organe von an Botulismus verstorbenen Menschen liegen leider noch nicht vor. Auf die pathologisch anatomischen Befunde bei den von mir untersuchten Fällen, auf die ich nunmehr eingehen will, werde ich später zu sprechen kommen.

Ich hatte in letzter Zeit zwei Gruppen von Botulismusfällen zu untersuchen.

Die erste Gruppe hatte ich im April 1911 zu begutachten. Eine Frau A. F. aus Seelitzer Mühle, Kreis Rummelsburg in Pommern, war am 14. April nach Berlin gekommen, um zwei verwandte Familien, die des Zapfers H. H. und des Kassenboten H. zu besuchen. Beiden Familien brachte die F. Schinken mit, die von einem Schweine stammten, das ohne Untersuchung geschlachtet und verarbeitet war. Nach den Nachforschungen der Staatsanwaltschaft soll das Schwein beim Schlachten gesund gewesen sein. Ueber die Art der Pökelung konnte ich nichts in Erfahrung bringen.

In der Familie des Zapfers H. H. erkrankten der Mann, die Frau, eine 14jährige Tochter Magdalene und eine $2^1/_2$ Jahre alte Tochter Erika unter allgemeiner Mattigkeit, Schwindel, Trockenheit im Munde, Durst, Nebligsehen.

1. Das Kind Erika H., $2^1/_2$ Jahre alt, aß am 17. April abends um $^1/_2$6 Uhr ein Butterbrot mit Schinken. An demselben Abend traten Druck in der Magengegend, Fülle im Leib, Trockenheit im Halse und Durst auf. Am 22. April 1911 wurde das Kind in die Klinik aufgenommen. Bereits vor der Aufnahme bestand Schläfrigkeit, Schwindel, geringe Ptosis, Husten mit gelbem Auswurf, Heiserkeit, Schnupfen (keine Leibschmerzen, kein Erbrechen, kein Durchfall). Bei der Aufnahme Temperatur 38°, Puls 136, regelmäßig, gut gespannt; Extremitäten kühl, Gesicht zyanotisch, Bulbi etwas vorgetrieben; Pupillen gleich weit, sehr weit, auf Lichteinfall nicht reagierend. Lidschlag selten, Bindehäute gerötet, Augenhintergrund unverändert. Lippen zyanotisch, Mund und Nasenschleimhaut gerötet, mäßig geschwollen, mit reichlicher Absonderung schleimig-eitriger Massen; hie und da kraftloses Husten, Atmung auxiliär; auf den Lungen hinten unten Giemen und Pfeifen; die Magenspülung ergab reichlich bräunliche Massen. Am 24. April 1911 Temperatur 38°, Puls 120, klein, Pupillen lichtstarr. Am 26. April 1911 Exitus unter zunehmender Herzschwäche.

Gerichtliche Leichenöffnung am 29. April: 85 cm lang, mäßiger Ernährungszustand, Hautfarbe vorn blaßrot, Bauch grünlich, Totenflecke blaurot, Leichenstarre an den Beinen vorhanden, Augenbindehäute weiß, Pupillen auffallend weit. Aus der Nase tritt reichlich eitriger Schleim; Bauch wenig aufgetrieben. Harte Hirnhaut, deren Blutleiter und Blutgefäße reichlich gefüllt sind, an der Innenseite zart und glänzend. Weiche Hirnhaut überall zart und durchsichtig, ihre Adern bis in die kleinsten Verzweigungen gefüllt. Großhirnhälften auf der Schnittfläche feucht, glänzend weiß, mit zahlreichen abspülbaren Blutpunkten; Rinde graurot. Die großen Gehirnknoten, das Kleinhirn, die Brücke und das verlängerte Mark verhalten sich wie das Großhirn. Im Herzen viel flüssiges und geronnenes Blut. Im Kehlkopf und Luftröhre sehr viel grauer Schleim; Schleimhaut graurot. Oberfläche der Lungen hellgraurot, untermischt mit grauen Inseln. Diese Partien fühlen sich derb an,

erscheinen auf der Schnittfläche dunkelbräunlich rot und vollkommen luftleer. Milz 8 : 6 : 3 cm.; Gewebe mäßig derb und blutreich, Follikel deutlich, Nierenzeichnung deutlich, mäßig blutreich; in der Harnblase reichlich Harn; im Magen reichlich käsiger Brei; im Dünndarm etwas galliger Inhalt; im Dick- und Mastdarm wenig derber Kot. Schleimhaut vom Magen und Darm unversehrt, ohne Drüsenschwellung, Blutung und Substanzverlust. Todesursache: Beiderseitige Lungenentzündung.

Die mikroskopische Untersuchung der zwei zur Verfügung stehenden leidlich frischen Organe ergab: Ansammlung von feinsten Fetttröpfchen im Herzmuskel, in den gewundenen Harnkanälchen und Schaltstücken der Nieren. Bakterienfärbung negativ. Die Züchtung des Bac. botulinus aus den Organen gelang nicht.

2. Das 15jährige Kind Magdalena H. aß am Montag den 17. April abends 5 1/2 Uhr ein Butterbrod mit Schinken und trank ein Glas Limonade dazu. An demselben Abend um 1/2 9 Uhr stellten sich Druck in der Magengegend, Fülle im Leib, Blähungen, Trockenheit im Halse ein. Am folgenden Tage traten Sehstörungen, Mattigkeit, lähmungsartige Schwäche in den Gliedern hinzu. Der am Mittwoch zugezogene Arzt verordnete Ricinus, das aber völlig wirkungslos blieb. Am Donnerstag Erbrechen von schwärzlichen Massen, in denen sich Schinkenreste und Bohnen fanden, welch letztere am Sonntagmittag gegessen waren. Am Sonnabend, den 22. April Aufnahme in die Klinik, wo am Montag, den 24. April der Tod erfolgte.

Die am 29. April vorgenommene gerichtliche Leichenöffnung ergab folgendes: Leidlicher Ernährungszustand, Hautfarbe grauweiß, Unterleib grünlich, Leichenstarre angedeutet, Bindehäute blaßgelb, Pupillen 4 mm weit, Unterleib etwas eingesunken; Gefäße der weichen Hirnhaut prall gefüllt, Gehirn zahlreiche abspülbare Blutpunkte; Zwerchfell beiderseits zwischen 4. und 5. Rippe; im rechten Herzen viel locker geronnenes Blut, Herzfleisch braunrot. Unterlappen beider Lungen derb, luftleer, Schnittflächen blutreich, schaumlos, Stücke der Unterlappen sinken im Wasser unter; in Luftröhre und Kehlkopf etwas graugelber, zäher Schleim, Schleimhaut rötlich; Milz schlaff, 12 : 6 : 3 cm, bräunlich rot, Schnittfläche schmierig braun; Schnittfläche beider Nieren dunkel braunrot; in der Harnblase etwas trüber Urin; in Mast- und Dickdarm etwas breiiger Kot, im Magen etwas graugrüner, flüssiger Brei von saurer Reaktion, Schleimhaut graugrün. Leber blaurot, ziemlich derb, Zeichnung deutlich erkennbar, Gallenblase fast leer. Bauchspeicheldrüse gelbrot, derb; im Dünndarm graugrüner Inhalt, Schleimhaut graugrün. Todesursache: Doppelseitige Lungenentzündung.

Die mikroskopische Untersuchung von Herz und Lungen ergab Ansammlung feinster Fettkörnchen in den Herzmuskelfasern und akut entzündliche Herde in den Lungen. Die Bakterienfärbung der in Paraffin eingebetteten Präparate war negativ. Die Züchtung bei Sauerstoffabschluß lieferte aus der Milz ein Stäbchen, das in Größe, Wachstum auf Zuckergelatine, Zuckeragar, in Bouilllon völlig dem Bacillus botulinus van Ermengems glich, ebenso im Verhalten gegen Mäuse, Meerschweinchen, Kaninchen. Alle diese Tiere starben unter Lähmung von Blase, Darm, Atmung, hinteren Extremitäten in 12—48 Stunden. Auf 100° 5 Minuten erhitzte Bouillon tötete Kontrolltiere nicht.

3. Frau H., 43 Jahre alt, aß am 17. April abends 7 Uhr ein halbes Butterbrot mit Schinken. Schon um 1/2 9 Uhr desselben Abends traten Blähungen, aufgetriebener Leib, Verstopfung, Brechreiz, aber kein Erbrechen auf. Gegen 9 Uhr gesellten sich noch Trockenheit im Halse, Luftmangel, Schwindel und Flimmern vor den Augen hinzu. Die Nacht war unruhig, speziell wegen des Durstes und gewisser Atemnot. Am anderen Morgen verschlimmerten sich die Beschwerden; es traten noch Appetitlosigkeit und Unfähigkeit auf, etwas Festes zu schlucken, während Flüssigkeiten noch genossen werden konnten. Am 18. April ging Frau H. zum Arzt, der Ricinus verordnete, das aber nicht wirkte. Es kam vielmehr 8 Tage kein Stuhl. Am 19. April traten Pupillenerweiterung, große Schwäche und geringe Benommenheit auf. Da diese Symptome zunahmen, brachte man Frau H. am 22. April in die Klinik.

Bei der hier sofort vorgenommenen Magenspülung sollen nach Angabe der Frau noch Schinken- und Brotreste von dem am 17. April genossenen

Abendbrot im Magen gefunden sein. Im Krankenhause traten später Mundentzündung, Blasenbeschwerden, Lähmungserscheinungen in den Gliedmaßen auf; das Körpergewicht sank angeblich von 174 auf 136 Pfund. Allmählich besserten sich die Beschwerden, so daß Frau H. am 1. Juli geheilt entlassen wurde.

4. Zapfer H. H., 53 Jahre alt, aß am 16. April zum Frühstück einige Butterbrote mit Schinken, im ganzen etwa 70—80 Gramm Schinken, und trank eine Flasche Bier dazu. Schon bald nach dem Frühstück hatte H. Druck in der Magengegend, Trockenheit im Halse, etwas später Nachlassen der Speichelsekretion und Flimmern vor den Augen. Am folgenden Tage bestanden Verstopfung, Beschwerden beim Schlucken, riesiger Durst, so daß H. fortwährend einen Schluck Bier trinken mußte, ferner Sehstörungen und weite Pupillen. Obwohl H. sich sehr matt fühlte, war er am 16. April den ganzen Tag als Zapfer tätig. Am 18. April traten noch Doppelsehen, Lähmung der Oberlider, blutrote Farbe der Zunge, Heiserkeit und Atemnot hinzu. Am 22. April hatte die Sehstörung noch bedeutend zugenommen, so daß H. angeblich nur noch hell und dunkel unterscheiden konnte. Es bestanden weiter furchtbare Atemnot und große Schwäche, weshalb H. in die Klinik eingeliefert wurde, wo sofort nach der Aufnahme die Tracheotomie, und da diese keine Besserung brachte, ein Aderlaß gemacht wurde, der eine wesentliche Erleichterung verschaffte. Am 25. April trat eine beiderseitige eitrige Parotitis ein, die mehrfache Inzisionen erforderte. Ganz allmählich gingen die Symptome zurück, so daß H. am 16. Juni geheilt entlassen werden konnte. Während der Krankheit war das Gewicht des H. angeblich von 160 auf 119 Pfund gesunken.

In der Familie des Kassenboten H. erkrankten der Mann, die Frau, eine Stieftochter Marta Sch. und ein Stiefsohn Fritz Sch.

5. Die 53jährige Frau H. aß zum ersten Male am 15. April 1911 von dem Schinken, der sich später als giftig erwies. Am 16. April bemerkte sie Mattigkeit, fühlte sich aber sonst gut. Am 21. April traten, nachdem wiederholt von dem Schinken gegessen war, Erbrechen und geringe Durchfälle auf, ferner Trockenheit im Munde. Am 23. ließen Erbrechen und Durchfälle nach; am 24. April stellten sich Doppelsehen und Nebligsehen ein. Der Arzt Dr. N. verordnete Karlsbader Salz und schickte Patientin zum Augenarzt. Frau H. konnte den Augenarzt aber nicht aufsuchen, da wiederum heftiges Erbrechen, ferner Trockenheit im Munde und große Schwäche auftraten. Am 26. April Aufnahme im Krankenhaus.

Bei der Aufnahme: Guter Ernährungszustand, geringe Somnolenz, Sprache mühsam, näselnd, unvollständige Ptosis, Atemnot, Zyanose, Dysphagie, Erbrechen, Puls leicht irregulär, geringe Bronchitis, Abdomen etwas druckempfindlich, Doppelsehen, Temperatur 38,7°. An den folgenden Tagen fast Aphagie, ferner Zunahme der Ptosis, der Somnolenz und der Herzschwäche. Am 30. April rechtsseitige Parotitis, am 7. Mai Inzision eines Parotisabszesses. Am 8. Mai Exitus. Die Temperatur, die am 28. April gefallen war, stieg erst bei Eintritt der Parotitis wieder an und blieb bis zum Tode erhöht. Bakteriologische Untersuchung von Stuhl und Blut negativ.

Die am 11. Mai vorgenommene gerichtliche Leichenöffnung ergab folgendes: Guter Ernährungszustand, Haut grauweiß, am Bauche grünlich, am Rücken blaurot, Leichenstarre an den Beinen vorhanden, Augenbindehäute blaßbläulich, Pupillen gleich, Gewebe der rechten Ohrspeicheldrüse mit Eitermassen durchsetzt, Bauch etwas eingesunken; harte Hirnhaut mit dem Schädeldach fest verwachsen, innen glatt, glänzend, ihre Gefäße und der Längsblutleiter mäßig gefüllt; weiche Hirnhaut überall zart und durchsichtig, Adern mäßig gefüllt und unversehrt. Großhirnhalbkugeln, große Gehirnknoten, Kleinhirn, Brücke und verlängertes Mark auf der Schnittfläche feucht, mit einer mäßigen Anzahl abspülbarer Blutpunkte. Bauchfell glatt, glänzend; eine Dünndarmschlinge mit der vorderen Bauchwand unterhalb des Nabels verwachsen; Magen und Därme durch Gas ausgedehnt. Herz reichlich mit Fett bewachsen, nur wenig dunkles, flüssiges Blut enthaltend; Herzfleisch blaßrot, schlaff. Beide Lungen an den hinteren und unteren Abschnitten blaurot; Schnittfläche, hier dunkelrot, glatt, läßt schaumloses Blut ausfließen, während sonst auf die Schnittfläche blutiger Schaum tritt. In Mund- und Rachenhöhle etwas eitrige

Flüssigkeit; Zunge und Mandeln nicht geschwollen. Milz: 13 : 9 : 3 cm; Schnittfläche hellrot, Gewebe mäßig weich und bluthaltig. Auf der Schnittfläche der Nieren wenig flüssiges Blut, Zeichnung deutlich; in der Harnblase über $^1/_2$ Liter klarer Urin, Schleimhaut weiß. Im Mastdarm viel derbe Kotballen; im Dünndarm Drüsen geschwollen; im Magen 50 ccm grauer Flüssigkeit, Schleimhaut blaßgrau mit stark gefülltem Adernetz, sonst ohne Blutungen und ohne Substanzverlust. Gallenblase mit flüssiger Galle prall gefüllt. Leber blutreich, derb.

Zur mikroskopischen Untersuchung standen nur je ein Stück von Lunge, Niere, Großhirn und Brücke zur Verfügung. Für feinere Untersuchungen waren die Organe nicht frisch genug. Lunge vereinzelte, kleine Blutungen; Niere geringe Ansammlung von feinen Fettkörnchen in den gewundenen und geraden Harnkanälchen, in den Kapseln der Harnknäuel hier und da geronnenes Eiweis und Zellen; im Zwischengewebe, besonders in der Umgebung der nahe der Oberfläche gelegenen Schaltstücke Entzündungsherde. Großhirn: Formalinhärtung, Gefrierschnitte und Paraffineinbettung. Färbung mit 10% wässeriger Thioninlösung. Nißl' Granula ziemlich gut erhalten, ebenso Kern und Kernkörperchen normal. Oculomotorius-Vagus-Glossopharyngeuskerngebiet: Nißl' Granula vielfach staubförmig zerfallen, an anderen Stellen gut erhalten. Kern vielfach exzentrisch gelegen, Zellen staubförmig zerfallen. Nirgends Blutungen. Bakterienfärbung nach Gram, Weigert, Giemse bei allen Schnitten negativ.

6. Der Kassenbote H., 45 Jahre alt, aß am 16. und 17. April im ganzen dreimal von dem in Frage stehenden Schinken. Er fühlte sich am 17. matt, war appetitlos und verstopft, hatte Durst und Trockenheit im Munde. Es bestand ein Gefühl, als ob die Speiseröhre zu eng sei. Festes konnte nicht geschluckt werden. Am 18. April ging H. zu Professor X., der eine Magenspülung machte und Thee und Schleimsuppen verordnete. Die Beschwerden, resp. die Mattigkeit nahmen aber immer mehr zu; Atemnot und Schwindel stellten sich ein, weshalb ein hinzugezogener Arzt am 26. Mai die Aufnahme ins Krankenhaus veranlaßte. Die Krankengeschichte ergibt folgendes: Kräftig gebauter Mann, gut genährt, Temperatur bis 37,7°, Puls 92, Andeutung von Icterus, Zunge belegt, hintere Rachenwand auffallend trocken, Pupillen normal, auf dem rechten Augen Akkomodationsschwäche, die in den nächsten Tagen zurückging, und am 5. Mai geschwunden war. Am 30. April erfolgte abermals Erbrechen, der Puls betrug 84, dann wurde H. fieberfrei. Am 8. Mai war das Allgemeinbefinden ziemlich gut. Entlassung. Auch nachher bestanden noch Mattigkeit und Verstopfung lange fort; es stellte sich einige Zeit später eine Netzhautablösung ein, die H. auch auf die Vergiftung schiebt.

7. Die Stieftochter M. Sch, 17 Jahre alt, hatte auch viel von dem Schinken gegessen, und zwar nur rotes Fleisch. Sie bekam Kopfschmerzen und Schwindel, aber kein Erbrechen, keine wesentliche Verstopfung oder Durchfall, keine Sehstörungen.

8. Ein Stiefsohn Fr. Sch., 27 Jahre alt, aß am 17. April ein Butterbrod mit Schinken. Es stellte sich bei ihm nur hochgradige Verstopfung, sonst kei e Beschwerden ein.

Als verdächtig wurden bei dem Kassenboten H. von der Polizei die von der Frau A. F. aus Seelitzer Mühle, Kreis Rummelsburg, Pommern, mitgebrachten Schinken und Wurst beschlagnahmt. Von dem Herrn Ersten Staatsanwalt wurden sie zunächst der staatlichen Anstalt zur Untersuchung von Nahrungsmitteln übersandt. Nach dem Gutachten der Anstalt vom 29. April 1911 war das Ergebnis der Untersuchung folgendes:

Die stark geräucherte Wurst wies ein wenig ansprechendes Aeußere· Die Haut war stark blasig, runzelig zusammengezogen, das Füllsel in seinen mageren Teilen grau gefärbt. Die Fettstückchen zeigten allerdings keine Verfärbung, sondern waren weiß; auch der Geruch der aufgeschnittenen Wurst ließ faulige Zersetzung nicht erkennen. Da weiter das Füllsel nicht schmierig erschien, und auch bei der chemischen Prüfung Reaktion auf

Schwefelwasserstoff selbst nach dem Ansäuern sich nicht zeigte, konnte die Wurst als durch Fäulnis verdorben nicht bezeichnet werden.

Der Schinken (anscheinend ein flaches Stück sogenannten Vorderschinkens) zeigte äußerlich nichts Auffallendes und roch nur etwas unangenehm wie nach alter Pökellake. Das Fett war weiß, die mageren Fleischteile waren nicht schmierig oder verfärbt. Die mageren Teile gaben beim Anwärmen nach dem Ansäuern zwar eine sehr schwache Reaktion auf Schwefelwasserstoff, die jedoch zu geringfügig war, um den Schinken schlechthin als verdorben bezeichnen zu können.

Als der Schinken mir auf meine Bitte 8 Tage später zur histologischen und bakteriologischen Untersuchung übersandt wurde, zeigte er noch dieselbe Beschaffenheit.

Da der ranzige Geruch und das Aussehen mich auf den Gedanken brachten, daß durch die Wirkung des Bacillus botulinus ein Ranzigwerden des Fettes bewirkt werden müsse, so verwandte ich die von mir zur Altersbestimmung von Leichen angegebene Methode, um die ranzigen, also mutmaßlich bazillenhaltigen Teile herauszufinden. Bekanntlich werden Fettsäuren durch Einlegen in Kupfersulfat, Kupferazetat oder noch besser in Bendasche Kupferchromalaunessigsäurebeize grün resp. blau gefärbt. Legt man also ein Scheibchen des Schinkens in eine derartige Lösung, so nehmen die fettsäurehaltigen Stellen eine grüne, resp. blaue Farbe an. Die diesen gefärbten Partien entsprechenden, nicht in Kupfersulfat eingelegten Schinkenstellen enthielten bei mikroskopischer Untersuchung stets reichlich Bazillen, während die ungefärbten Stellen bazillenfrei waren. Ganz geringe Mengen von Fettsäuren ließen sich leicht an mit obigen Lösungen gefärbtem Präparat bei mikroskopischer Untersuchung nachweisen. Es zeigte sich, daß hauptsächlich das den Bindegewebszügen folgende Fett im roten Fleisch in Fettsäure umgewandelt war; hier wurden denn auch die meisten Bazillen gefunden.

Die aerobe Züchtung aus dem Schinken in Bouillon, Rindergalle und auf Drigalski ergab keine pathogenen Bakterien, dagegen die anaerobe den von van Ermengem beschriebenen Bac. botulinus, der auch im Tierversuche bei Mäusen, Meerschweinchen, Kaninchen, Katzen, Tauben, das charakteristische Krankheitsbild hervorrief, ebenso wie ein kalter Aufguß, resp. eine Mazeration des Schinkens selbst. Die Züchtung erfolgte in van Ermengem's Zuckerbouillon sowie in Röhrchen und auf Platten von alkalischer Traubenzuckergelatine, resp. Traubenzuckeragar. Sie geschah teils in Wasserstoffatmosphäre, teils in Bouillon und auf Platten, die nach dem Verfahren von Lentz sauerstoffrei gemacht waren. Die Reinzüchtung machte große Schwierigkeiten und gelang erst, nachdem aus Kulturen, die 10, 20, und 30 Minuten im Wasserbad auf 75° erhitzt waren, neue Kulturen angelegt wurden. Es handelte sich um große, plumpe Stäbchen mit reichlicher Sporenbildung, die bei Färbung nach Gram entfärbt wurden. Der Schinkensaft und eine Schinkenmazeration zeigten keinerlei agglutinierende Eigenschaften gegen Botulismusbazillen, wie wir es bei Infektionen mit Paratyphus usw. zu finden pflegen, wenn es sich um intravitale Infektion des Tieres und nicht um postmortale Infektion des Fleisches gehandelt hat.

Schon vor mir war Lentz die Reinzüchtung aus dem Schinken gelungen, der von der Familie des Zapfers H. H. stammte und dem Institut für Infektionskrankheiten Robert Koch von der Kinderklinik der Charité übersandt worden war. Ornstein[1]) hat den Bacillus und sein Toxin genauer beschrieben.

Die zweite Gruppe von Botulismus wurde von mir im April 1913 begutachtet. Nach den Akten ist der Sachverhalt folgender:

Am 17. März 1913 wurde der Königlichen Staatsanwaltschaft angezeigt, daß der Kätner J. S, 50 Jahre alt, aus Mirotken bei Pelplin und dessen 20jähriger Sohn B. S. am 9. März unter dem Verdacht von Wurstvergiftung erkrankt seien. Aus dem Krankenbericht des Dr. X. geht hervor, daß dieser

---

[1]) Ein Fall von Botulismus. Inaugural-Dissertation. Leipzig 1912. Verlag von Georg Thieme..

Arzt am 12. März zum ersten Male zu den beiden Verstorbenen gerufen war. Ihm wurde mitgeteilt, daß beide Personen gleichzeitig am 9. März erkrankt waren. Es hatten sich zunächst Magenbeschwerden, wie Druck, Aufstoßen, Uebelkeit und geringer Durchfall eingestellt, denen Schluck- und Atmungsbeschwerden folgten. Ueber die Ursache der Erkrankung konnten die Angehörigen erst nichts Bestimmtes sagen, sprachen dann aber davon, daß die Kranken am 9. März Blutwurst gegessen hätten, die die Frau des J. S. am 8. März von dem Metzger K. aus Kirchenjahn mitgebracht habe, und daß sie bald darauf erkrankt seien. Da aber auch andere Familienmitglieder Wurst gegessen hatten und nicht erkrankt waren, so konnte der Arzt zunächst zu keiner Diagnose kommen, zumal B S. eine diffuse Rötung des Rachens mit mäßigem Belag aufzuweisen hatte. Als der Arzt nach 3 Tagen wiederum gerufen wurde, war der Allgemeinzustand bei den Kranken bedeutend schlechter; die Schwäche der Muskulatur war sehr groß, es bestand vollständige Teilnahmslosigkeit, aber kein Fieber; Bewußtsein und Gedächtnis waren vorhanden. Der Puls war etwas verlangsamt, aber noch nicht sehr schwach. Die Pupillen reagierten auf Lichtreiz garnicht, die Atmungs- und Schlingbeschwerden waren größer; die Kranken waren ganz außer stande, Speisen und Getränke herunterzuschlucken. Bei J. S. bestand noch Urinverhaltung. Jetzt gab Frau S. an, daß sie auch von derselben Wurst gegessen habe, aber nur wenig, und daß auch sie sowie eine zu Besuch weilende Cousine bald nach Genuß der Blutwurst an Magenbeschwerden, Leibschmerzen und Erbrechen erkrankt seien, die aber bald vorübergingen, und zwar, wie die Frau glaubt, nach Genuß von reichlich süßer Milch. Die übrigen, nicht erkrankten Familienmitglieder hätten zwar auch Wurst gegessen, jedoch eine andere Sorte. Von fremden Leuten hörte der Arzt, daß die Erkrankten Fleisch, daß bereits eine Woche verscharrt war, ausgegraben und dann gegessen hätten, was die Frau in einem Schreiben an mich allerdings energisch bestritt. Der zweite behandelnde Arzt Dr. B. sah die Kranken zuerst am 15. März. An diesem Tage bestanden bei dem Vater Lähmung der oberen Augenlider, Pupillenstarre, ungewöhnliche Weite der Pupillen, auffällig langsames und undeutliches Sprechen infolge Gaumenmuskellähmung, unregelmäßige Atmung, normal gespannter Puls von 68 Schlägen, 36,9 Temperatur, trockene Zunge, große Schmerzen im Unterleib, die der Arzt auf Blasenüberfüllung schob, weil sie nach künstlicher Entleerung der Blase nachließen. Die Kniesehnenreflexe waren völlig aufgehoben, nicht aber die Schmerzempfindung. Beim Sohne waren die Symptome dieselben, nur konnte er noch allein Urin entleeren. Der Arzt ließ die Kranken nach dem Krankenhaus bringen, wo sie beide bald nach der Einlieferung ganz plötzlich unter Atemnot starben, wobei das Herz auch nach Stillstand der Atmung noch weiterschlug.

Die Ermittlungen des Kreisarztes Dr. H. ergaben folgendes:

Der Mann, die Ehefrau und der Sohn aßen am 9. März eine Blutwurst, die sie von dem Fleischer K., Kirchenjahn, Kreis Marienwerder, gekauft haben wollten, und zwar angeblich 1/2 Pfund. Alle drei erkrankten abends mit Erbrechen und Duchfall. Die Frau aß nur eine kleine Scheibe, da ihr die Wurst nicht schmeckte; sie fühlte sich am 18. März noch elend, konnte aber im ganzen als gesund betrachtet werden.

Da der Kreisarzt auf Grund der ihm mitgeteilten Beobachtungen der behandelnden Aerzte an Tod durch Wurstvergiftung dachte, wurden die Leichen, die bereits bestattet waren, wieder ausgegraben und am 25. März, also 10 Tage nach dem Tode geöffnet.

Bei dem 50jährigen Manne ergab die Leichenöffnung kräftigen Körperbau, gute Muskulatur, Hautfarbe im allgemeinen grauweiß, am Bauch grünlich, am Rücken rötlich, Pupillen 4 mm weit, Verwesungsgeruch gering, Bauch etwas aufgetrieben, Bauchfell überall glatt und glänzend, die sichtbaren Darmschlingen wenig ausgedehnt, Zwerchfell beiderseits am unteren Rande der 4. Rippe. Magen etwas ausgedehnt, unversehrt, Oberfläche grauweiß, im linken Brustfellsack 100 ccm rötlicher Flüssigkeit; im Herzbeutel 10 ccm hellroter Flüssigkeit, der rechte Vorhof strotzend mit dunkelrotem flüssigen Blut ge-

füllt, linkes Herz leer, Herzfleisch braunrot, schlaff; linke Lunge auf der Schnittfläche blaurot bis schwarzblau, entleert reichlich schaumige, blutig gefärbte Flüssigkeit. Luftröhrenäste enthalten spärlich grau-weißen Schleim. Weicher Gaumen blaßrot, im Kehlkopf spärlich grau-weißer Schleim. Milz 15 : 8 : 3 sehr schlaff. Die Niere zeigt auf der Schnittfläche reichlich dunkelrotes flüssiges Blut; eine Trübung des Gewebes ist nicht bemerkbar. Magen stark durch Luft ausgedehnt, enthält $^1/_2$ Liter trüber Flüssigkeit, die mit gelblichen Bröckeln vermischt ist. Der Mageninhalt rötet blaues Lackmuspapier stark. Die Leber ist derb, die Läppchenzeichnung erkennbar, auf die Schnittfläche tritt reichlich dunkelrotes flüssiges Blut. Die Schlagadern der harten Hirnhaut sind etwa bis zur Hälfte mit flüssigem Blut gefüllt, ebenso die der weichen Hirnhaut. Das Gehirn zeigt in allen Teilen nur wenig abspülbare Blutpunkte.

Die Leichenöffnung des 20jährigen B. S. ergab folgendes:

Körperbau mäßig kräftig, Muskulatur gut. Verwesungsgeruch gering. Sehlöcher beiderseits 4 mm weit. Die sichtbaren Darmschlingen sind mäßig stark ausgedehnt, das Bauchfell ist überall feucht und glänzend. Das Herz ist schlaff, seine rechte Hälfte strotzend mit dunkelrotem flüssigen Blut und mit Gerinnsel gefüllt. Die Lungen entleeren beim Durchschneiden reichlich weißlich schaumige Flüssigkeit und dunkelrotes flüssiges Blut, ebenso die rechte. Weicher Gaumen blaßrot. Im Kehlkopf und oberen Teil der Luftröhre ist spärlich grauweißer Schleim. Die Milz mißt 12 : 7 : 2, sehr schlaff, Gewebe sehr weich, Zeichnung nicht zu erkennen. Magen etwas durch Luft ausgedehnt, enthält 100 ccm dicken Brei; der Mageninhalt rötet blaues Lackmuspapier stark. Die Leber zeigt auf der Schnittfläche reichlich dunkelrotes flüssiges Blut und deutliche Zeichnung. Der Dünndarm ist durch Luft mäßig ausgedehnt und enthält reichlich breiig-flüssigen, bräunlichen, etwas übelriechenden Inhalt. Die harte Hirnhaut ist stark gespannt, ihre Schlagadern sind bis zur Hälfte mit flüssigem Blut gefüllt. Die Gefäße der weichen Hirnhaut sind strotzend mit dunkelrotem flüssigen Blute gefüllt. Alle Gehirnteile zeigen nur spärlich abspülbare Blutpunkte.

Die Leichenteile wurden der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde zur bakteriologischen Untersuchung übersandt.

Die von mir vorgenommene Züchtung bei Sauerstoffabschluß aus den verschiedensten Organen ergab zunächst nicht den als Erreger der Wurstvergiftung bekannten Bacillus botulinus. Hingegen zeigte die mit Stücken der Milz des Sohnes beimpfte Bouillon, die 1—3 Wochen bei Luftabschluß gehalten war, eine erhebliche Giftigkeit. 0,2 ccm der durch Porzellan filtrierten resp. unfiltrierten Bouillon tötete Mäuse nach 2—3 Tagen unter Erscheinungen der Wurstvergiftung, 0,5 ccm töteten Meerschweinchen von 250 g Gewicht in 2—3 Tagen, 2 ccm Kaninchen von $5^1/_2$ Pfund in 13 Tagen. Bei allen Versuchstieren zeigten sich die charakteristischen Lähmungserscheinungen an den Extremitäten, ferner weite und lichtstarre Pupillen, Blasenlähmung, Atemstörungen und schließlich Tod unter Atemlähmung. Die wiederholt vorgenommene anaërobe Züchtung aus der Milz des J. S. auf Zuckergelatine und Zuckeragar ergab denn auch ein leidlich bewegliches Stäbchen, das in Zuckerbouillon und Traubenzucker-Agar große Mengen Gas bildete und in der Bouillon nach längerem offenen Stehen Sporen erzeugte. Die Reinzüchtung der Bazillen gelang nicht.

Die mikroskopische Untersuchung der relativ gut erhaltenen Organe geschah einmal frisch, sodann an Gefriermikrotom- und Paraffinschnitten. Färbung: Haematoxylin-Böhmer-Sudan und Haematoxylin-Böhmer, resp. Ehrlich-van Gieson.

Bei dem 50jährigen J. S. ergab die Untersuchung folgendes: Herz: Anhäufung feinster Fettkörnchen in den Herzmuskelfasern. Bestimmte, nahe zusammenliegende Gruppen von Muskelfasern zeigen besonders reichliche Anhäufung von Fettkörnchen. Kernfärbung in den fettkörnchenreichen Muskelfasern schlechter wie sonst. An einigen Stellen geringe Einwanderung von Leukozyten, keine Blutungen. Lungen: Unterlappen blut-

reich, in einzelnen Alveolen Oedem, Leukozyten, rote Blutkörperchen und abgestoßene Epithelien; im interstitiellen Gewebe geringe Leukozytenansammlung. Nieren: Auffallender Blutreichtum; geringe Ansammlung von feinsten Fettkörnchen in den Harnknäueln, stärkere in Gruppen von nahe zusammenliegenden, gewundenen und geraden Harnkanälchen. Kapselraum vielfach mit geronnenem Einweiß ausgefüllt, dem einzelne Zellen beigemengt sind. In den Harnkanälen hie und da vereinzelte Zylinder. Im Zwischengewebe stellenweise, besonders nahe der Oberfläche in der Umgebung der Schaltstücke Entzündungsherde mit Ansammlung von einkernigen Zellen. Leber: Erheblicher Blutreichtum, Zentralvenen vielfach auffallend weit und gefüllt, ebenso die in sie mündenden Kapillaren; in den Leberzellen um die Zentralvenen herum Anhäufung von kleinsten Fettkörnchen. Nach der Peripherie zu nimmt die Zahl der Fettkörnchen ab, bleibt aber überall feinkörnig. In den Acinis finden sich hie und da kleinste nekrotische Herde, und zwar unregelmäßig verteilt. An den nekrotischen Stellen stets Anhäufung von Leukozyten und beginnende Bildung von Granulationsgewebe. In der Umgebung der Zentralvene und der nekrotischen Herde enthalten die Leberzellen reichlich grünliches Pigment. Milz: Nicht besonders blutreich, das körnige Pigment der Pulpa ist reichlicher wie in der Norm, ebenso ihre Leukozyten. Magen: Drüsenzellen der Mucosa sowie der Submucosa sind vollgepfropft mit feineren und gröberen Fettkörnchen. In der Submucosa sind hier und da kleine Blutaustritte zu sehen. Dünndarm: In dem mir übersandten Dünndarmteil war die Ansammlung von Fettkörnchen in den Zellen der Mucosa viel geringer. Blutungen waren nirgends zu sehen. Gehirn: Färbung mit 1%tiger wässeriger Thioninlösung. Es stand nur ein Stückchen des Scheitellappens zur Verfügung. Fortsätze der Ganglienzellen gut erhalten, ebenso vielfach die Nißl-Körperchen, desgleichen Kern und Kernkörperchen. Letztere beiden oft exzentrisch gelagert; Nißl-Granula vielfach staubförmig aufgelöst. Präparat für feinere Untersuchungen nicht frisch genug.

Bei dem 20jährigen B. S. ergab die mikroskopische Untersuchung denselben Befund, wie bei dem 50jährigen Vater, nur war die Fettkörnchenansammlung im allgemeinen etwas geringer, besonders in den Herzmuskelfasern, hochgradiger dagegen in den Epithelzellen der Magendrüsen.

Betrachten wir die beiden obengenannten Botulismusgruppen und die bei ihnen erhobenen Befunde, so ergeben sich eine Reihe interessanter Tatsachen:

Was zunächst die klinische Diagnose anbetrifft, so zeigen die Krankengeschichten deutlich, daß die Diagnose des Botulismus aus den klinischen Symptomen selbst bei gehäuftem Auftreten gar nicht so leicht ist, und z. B. eine Verwechslung mit Diphtherie, die schon so oft in der Literatur mitgeteilt ist, sehr leicht vorkommen kann. In solchen Fällen kann die subkutane Impfung von Meerschweinchen mit dem Blutserum von Erkrankten evtl. Klarheit bringen, wie in dem von Kob beobachteten Falle. Handelt es sich um länger bestehende Diphtherie, so finden wir bei den gespritzten Meerschweinchen starke Hyperaemie der Nebennieren mit Blutungen, ferner Transsudate in die Brustfellsäcke, während bei Botulismus die Veränderungen an den Nebennieren nur mikroskopischer Natur sind und die Transsudatbildungen fehlen, wogegen sich die charakteristischen Lähmungen der Extremitäten, der Blase etc. finden.

In bezug auf den Obduktionsbefund ergeben die von mir mitgeteilten 5 Obduktionsprotokolle, daß die Leichenöffnung, resp. die mikroskopische Untersuchung der Organe nie so charakteristische Befunde gibt, daß durch sie die Diagnose Botulismus gesichert werden könnte. Dem längeren Ausbleiben der Fäulnis, auf das Kerner und andere so großen Wert gelegt haben, kann man

kaum irgendwelche Bedeutung beimessen. Nach kurzem Krankenlager an Botulismus Verstorbene, noch gut genährte Personen, scheinen ebenso rasch wie andere zu faulen, während bei extrem abgemagerten und langsam dahingesiechten die Verwesung nur geringe Fortschritte zu machen scheint. Ebensowenig wie der geringen Verwesung dürfte der erheblichen Muskelstarre, auf die wiederholt in Arbeiten über Botulismus hingewiesen ist, eine Bedeutung zukommen. Ein erheblicher Milztumor, der von Husemann und anderen als charakteristisch für Botulismus angesehen wurde, scheint im Gegenteil sehr selten zu sein. Auch dem sonstigen meist zu erhebenden Leichenbefunde: dem Meteorismus, der ungewöhnlichen Kotmenge in Dick- und Mastdarm, dem Blutreichtum der Leber, der Gasentwicklung im Blute, der Hyperaemie der Luftwege, der Nieren, des Gehirns und seiner Häute kann eine große differentialdiagnostische Bedeutung wegen ihrer Häufigkeit nicht zuerkannt werden.

Weit wichtiger ist dagegen der mikroskopische Befund. Neben degenerativen und entzündlichen Veränderungen an den parenchymatösen Organen sehen wir besonders charakterische Entartung der Ganglienzellen, der Kerne der Gehirnnerven speziell des Okulomotoriuskerngebiets. Diese Veränderungen lassen sich auch am nicht ganz frischem Gehirn resp. Rückenmark noch feststellen, und zwar sowohl nach Formalin-, wie Alkoholhärtung. Wichtig ist es ferner, das Rückenmark, wo wir in den Vorderhörnern meist degenerative Veränderungen zu erwarten haben, zur mikroskopischen Untersuchung in Formalin zu härten. Das Blut ist vor Licht geschützt aufzubewahren und für Tierversuche zu verwenden.

Am wichtigsten ist aber der bakteriologische Nachweis des Bac. botulinus in dem verdächtigen Nahrungsmittel, im Erbrochenen und in den Leichenteilen. Bei nicht schon klinisch klaren Fällen und besonders bei Einzelfällen, die mit Poliomyelitis sup., Diphtheritis etc. verwechselt werden können, ist er der beste, allerdings schwierige Weg, die Diagnose zu sichern.

Der chemischen Untersuchung der Nahrungsmittel kommt beim Botulismus keine Bedeutung zu. Zwar gelingt es, wie oben angegeben, nach dem Brieger-, Kempner-, Boerschen Verfahren relativ leicht, das Botulismustoxin darzustellen, wir haben aber keine chemischen Reaktionen, die es als solches erkennen lassen. Nur der Tierversuch kann uns Klarheit bringen. Zu diesem ist aber eine Reindarstellung des Toxins absolut nicht erforderlich; er gelingt ebensogut mit dem kalten Aufguß oder der Mazeration.

Auf alle Fälle ist es notwendig, die verdächtigen Nahrungsmittel und die Leichenteile zunächst, und zwar möglichst frisch, histologisch, bakteriologisch und tierexperimentell untersuchen zu lassen. Erst wenn diese Untersuchung negativ ausfällt, könnte evtl. eine chemische Untersuchung in Frage kommen. Leider werden die Nahrungs-

mittel heute noch vielfach zuerst an Chemiker übersandt, wodurch die viel wichtigeren histologischen, bakteriologischen und tierexperimentellen Untersuchungen, die erst nach Monaten angeordnet werden, meist zwecklos werden. Der Obduzent hat selbstverständlich bei Botulismus, wie bei allen Fleischvergiftungen, die Pflicht, den Richter darauf hinzuweisen, daß die bakteriologische und histologische Untersuchung unter allen Umständen der chemischen vorausgehen muß.

Zum Schluß noch einige Worte über die gerichtlich-medizinische Bedeutung des Botulismus. Der Richter will von den Sachverständigen vor allen Dingen wissen, ob irgend jemand die Schuld an den durch den Bac. botulinus hervorgerufenen Vergiftungen trifft. Wir wissen bis heute noch nicht, wie der Bac. botulinus in die Nahrungsmittel gelangt. Zwar ist er von Kempner einmal im Darm eines Schweines gefunden worden, aber trotz häufigen Suchens von vielen anderen Forschern nicht wieder. Die Lage der Bazillen bei unserem Schinken, ihr Fehlen im Inneren, ihr Vorkommen in den äußeren Teilen sprechen mehr dafür, daß der Bacillus von außen in den Schinken gelangt war. Möglich wäre eine Verunreinigung des Schinkens etc. durch das Wasser. In den bazillenreichen Schachtbrunnen auf dem Lande ist er zwar bis heute m. W. nicht gefunden worden, aber die Möglichkeit, daß er mit der Erde gelegentlich hier hin gelangt und so von außen den Schinken infiziert, ist nicht von der Hand zu weisen. Ein längeres Kochen des Lakenwassers würde dann, vorausgesetzt, daß diese absolut unbewiesene Hypothese zuträfe, einen gewissen Schutz gewähren. Solange wir die Infektionswege bei Botulismus nicht kennen, werden wir niemandem die Schuld an der Entwicklung des Bazillus in Nahrungsmitteln geben können, falls wir nicht eine Fahrlässigkeit nachweisen können, was allerdings häufig der Fall sein dürfte, wenigstens bei Schinken; denn wenn es bei Schinken zur Entwicklung des Bac. botulinus kommt, so liegt stets ein Fehler vor, sei es beim Einpökeln, sei es beim Räuchern oder Aufbewahren. In normaler Salzlake von 10% Salzgehalt entwickelt sich der Bac. botulinus nicht. Sein Wachstum ist nur möglich, wenn entweder der Salzgehalt der Lake zu gering ist, oder wenn das Fleisch ungenügend mit Lake bedeckt war, oder wenn das Fleisch nicht genügend umgelegt war. Bei der heutigen Art der Einpökelung, wo die Fleischstücke dicht aufeinander liegen, kann es passieren, daß an eine Stelle gar keine oder ungenügend Lake kommt. War diese Stelle des Fleisches zufällig mit Bazillen von Botulismus verunreinigt, so kann es natürlich zur Giftbildung kommen. Ein aufmerksamer Metzger wird an den sich bildenden Blasen sehr bald erkennen, daß sich in dem Fleisch abnorme Vorgänge abspielen. Ob wir den Mann, der solches Fleisch in den Verkehr bringt, einer strafbaren Handlung beschuldigen können, wird ganz vom einzelnen Fall abhängen. Von einem Metzger müssen

wir verlangen, daß er weiß, daß Pökelfleisch, in dem sich Gasblasen bilden, gesundheitsschädlich ist. Hat er es dennoch in Verkehr gebracht, so ist er zu bestrafen. Fahrlässig hatte z. B. zweifellos der Metzger gehandelt, der den Schinken eingesalzen hatte, der die schwere Epidemie in Ellerszelles hervorrief. Hatte doch der eine nicht giftige Schinken nicht mal in die Lake eingetaucht und war teilweise verfault. Dazu kommt noch, daß Botulismustoxin enthaltender Schinken fast stets einen ranzigen Geruch hat, der allerdings so gering sein kann, daß er übersehen werden kann, wie es z. B. bei Ellerszelles[1]) allgemein geschah. In den von Kob[2]) mitgeteilten Fällen wurde von den Erkrankten an den Schinken weder ein besonderer Geruch, noch ein besonderer Geschmack wahrgenommen. Schärfer und markanter ist meist der Geschmack, doch muß erst immer festgestellt werden, ob der Metzger den Schinken überhaupt gekostet hat. Hat er gewußt, daß der Schinken ranzig war und er verkauft ihn doch, so macht er sich zweifellos strafbar. In dem ersten der von mir mitgeteilten Fälle hatte der Schinken einen widerlich süßen Geschmack gehabt; auch war die Frau T., die ihn mitgebracht hatte, nicht zu bewegen gewesen, von dem Schinken zu essen, so daß die Eheleute noch heute der Ansicht zuneigen, der T. sei bekannt gewesen, daß der Schinken nicht gut sei. Fahrlässig handelt ferner zweifellos der Kaufmann, der bombierte Konserven, ranzige Fische, ranziges Fett, ranzige Butter etc. zum Verkauf bringt.

Fasse ich die Tätigkeit der Kreisärzte bei Botulismusfällen nochmals kurz zusammen, so kommen in Betracht:

1. Veranlassung von Magenspülung und Spritzung mit Botulismustoxin bei allen Erkrankten und Erkrankungsverdächtigen, falls der Arzt diese verabsäumt hat.

2. Ermittlung der verdächtigen Nahrungsmittel, ihrer Herkunft, Krankheit des Tieres, evtl. Abnormitäten bei der Pökelung, beim Räuchern.

3. Bakteriologische und tierexperimentelle Untersuchung der verdächtigen Nahrungsmittel, des Mageninhalts und des Blutes des Erkrankten.

4. Möglichst baldige Sektion der Verstorbenen, wobei zu berücksichtigen ist, daß Lungenentzündung, Sepsis etc. nicht gegen Fleischvergiftung sprechen.

5. Konservierung des Zentralnervensystems, spez. der großen Gehirnkoten, der Brücke, des verlängerten Marks und der Augen in 4⁰/₀igem Formalin oder Alkohol und Untersuchung nach Nißl.

6. Histologische Untersuchung der inneren Organe, spez. der Leber und Nebennieren, frisch resp. nach Formalinhärtung.

7. Bakteriologische Untersuchung der inneren Organe, spez. der Milz, aerob und anaerob.

8. Tierexperimentelle Untersuchung des durch Porzellan filtrierten Blutserums des Herzens.

---

[1]) Zentralbl. f. Bakt.; 1896, Bd. 19.
[2]) Kob; a. a. O.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Beitrag zur Erklärung des plötzlichen Todes im Wasser. Von Dr. A. Güttich. Medizinische Klinik; 1913, Nr. 46.

Bei Leuten mit großen Trommelfellperforationen tritt häufig nach Eindringen geringer Mengen kalten Wassers in das Ohr Nystagmus und späterhin Schwindel, Erbrechen und Kollaps ein. Selbst bei intaktem Trommelfell zeigen empfindliche Personen diese gelegentlich apoplektiform auftretenden Erscheinungen beim Eindringen kalten Wassers ins Ohr. Das durch den vestibulären Reiz ausgelöste Erbrechen oder der Kollaps können im oder unter dem Wasser plötzliche Todesfälle veranlassen. Dr. Dohrn-Hannover.

Ueber Todesfälle nach Kokaininjektionen. Von Sir Fredrick Hewitt. Londoner Brief des Journ. of am. ass.; 1913, LXI, S. 1307.

In einem Referat dieser Zeitschrift: „Anwendung des Narcotica durch Zahntechniker in England" war (1911, S. 670) mitgeteilt worden, daß Techniker ohne jede Schulung sich berechtigt glauben, anaesthesierende Mittel anwenden zu dürfen, daß vorher keine genügende Untersuchung stattfindet und daß der eingetragene Verein der „Zahnextraktoren und Adaptoren" gegen eine gesetzliche Regelung der Anwendung der Narcotica trotzdem Einspruch erheben zu müssen glaubte. In der Sektion für Physiologie der Birtish association for the advancement of science, die in Birmingham ihre Jahresversammlung hielt, teilte Hewitt nun mit, daß von unregistrierten Dentisten es in England zurzeit 20000 gibt. In den ersten 5 Monaten vorigen Jahres sind nach den Untersuchungen von 3 Coroners wieder Todesfälle nach Kokaininjektionen durch solche Dentisten eingetreten. Eine gesetzliche Regelung fehlt zurzeit noch immer. Dr. Mayer-Simmern.

Vergiftung mit anilinölhaltigem Kaffee. Von Dr. Gerbis. Aerztl. Sachverständigen-Zeitung; 1913, Nr. 23.

Dem Aufseher einer Fabrik war von einem Arbeiter aus Rache Anilinöl in den Kaffee geschüttet worden. Der Aufseher trank hiervon 2 Schlucke und starb nach einigen Stunden. Der zur Begutachtung aufgeforderte Chemiker fand nur eine Trübung des Kaffees, keinen Bodensatz von Anilin. Von der Annahme ausgehend, der Kaffee könne nur so viel Anilinöl enthalten haben, wie sich in der entsprechenden Wassermenge löst, erklärte der Sachverständige die Todesursache damit, daß beim Ansetzen der Kanne zum Trinken das Anilinöl vorangeflossen sei. Verfasser fand nun bei der Nachprüfung in seinen Versuchen, daß sich im Kaffee ein Vielfaches der in Wasser löslichen Menge Anilinöls unterbringen läßt und meint, durch diese Tatsache werde die Möglichkeit einer besseren Erklärung für den Tod gegeben.

Die vorläufigen Versuche mit Anilinöl berechtigen zu der Hoffnung, gewisse giftige Eigenschaften des Anlilins zu erklären.

Dr. Dörschlag-Bromberg.

Zur Vergiftung durch Amanita phalloides. Von A. Pic-Lyon. Pariser Brief des Journ. of am. med. ass.; 1913, LXI, Nr. 15. S. 1388.

Durch Terpentinöl erzeugte chemische Eiterung ist bekanntlich von Fochier-Lyon als Fixationsabszeß bei Pneumonie, Puerperalfieber zu Heilzwecken angewandt worden. Der Eiter dieser Abszesse enthält nämlich manchmal die Krankheitserreger, zu deren Bekämpfung der Abszeß angelegt wurde. So findet man nach Lesieur bei Typhus Eberthsche Bazillen darin, bei Blei- und Hg-Vergiftung die beiden giftigen Metalle. Pic, Professor in Lyon, hatte mehrere Jahre hindurch in Trévoux, Ain, viele Fälle von Vergiftung durch Amanita phalloides beobachtet und versuchte nun bei diesen Kranken die Anlegung von Fixationsabszessen. Von 23 so behandelten Menschen starben 9, die übrigen genasen; während sonst die Sterblichkeitsziffer in Frankreich 86,8 % war, sank sie bei Pic auf 39 %. Pic und Martin halten daher bei der Amanita phalloides-Vergiftung die Anlegung von Fixationsabszessen für ein wesentliches Heilmittel. Dr. Mayer-Simmern.

Lebensfähigkeit der Frühgeborenen. Von F. Dervieux. Rev. prat. d'obstétrique et de gyn., 1913. Ref. The journ. of the am. med. ass., 1913. LXI, Nr. 16, S. 1494.

Wie Algot Key-Aberg in seiner Arbeit: „Ueber die berechnete Dauer der menschlichen Schwangerschaft" (Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin, 44. Band, 1912) mitteilt, umfaßt nach französichem Recht die Empfängniszeit den Zeitraum vom 180. Tage einschließlich bis zum 300. Tage einschließlich vor der Geburt der in der Ehe geborenen Kinder. Er erwähnt, daß sogar um den 180. Tag herum geborene Embryonen, wie mehrere in der Literatur veröffentlichte Fälle zeigen, nicht nur lebendgeboren werden, sondern auch eine kürzere Zeit hindurch am Leben bleiben. Offenbar im Zusammenhang damit müsse der extrem niedrige Wert von 180—181 Tagen gesehen werden, den die untere Grenze der gesetzlich festgelegten Empfängniszeit in den Zivilgesetzen der großen kontinentalen (europäischen) Staaten erhalten hat.

Dervieux berichtet nun über 3 Fälle, die die Notwendigkeit dartun sollen, daß die französischen Gesetze in bezug auf Vererbung von Vermögen und auf Vaterschaft revidiert werden müssen.

1. Fall Tissier: Ein im 6. Schwangerschaftsmonat geborenes Kind lebte 2 Monate. Es wog bei der Geburt 900 g. 2. Budin: Das Kind war näher dem 5. als dem 6. Schwangerschaftsmonate geboren, wog 650 g und lebte einen Monat. 3. Leclexq (1912): Ein Kind mit dem Gewicht von 670 g und einer Länge von 25 cm lebte 21 Stunden nach der Geburt. Der anatomische Befund bestätigte die Anamnese, daß das Kind 4½ Monate nach der Konzeption geboren war.

Während Key-Aberg einen Zeitpunkt, der annähernd mit dem 200. Tage nach der Beiwohnung zusammenfällt, und nicht einen früheren zum Terminus a quo bei der Festsetzung einer Zeitberechnung der hier fraglichen Art vorschlägt, wünscht Dervieux die Lebensfähigkeit auch von vorher Geborenen anerkannt zu sehen. Dr. Mayer-Simmern.

Wie ist der Magnetopathismus wissenschaftlich zu beurteilen? Ist ihm eine eigentümliche besondere Wirksamkeit zuzuschreiben? Von Dr. Carl Ruge I. Aerzliche Sachverständigen-Zeitung; 1913, Nr. 22.

Ein 9jähriger Knabe mit eitriger Hüftgelenksentzündung und beginnender Knochenaffektien an Pfanne und Hüftbein wurde einem Magnethopathen mit dem Erfolge übergeben, daß nach viermonatlicher Behandlung die schwersten Schädigungen entstanden waren, von denen Patient durch eine hierauf folgende sachgemäße klinische Behandlung von 3½jähriger Dauer noch nicht wiederhergestellt werden konnte.

Im allgemeinen verspricht ein Magnetopath auch da noch Heilung — bei bösartigen Geschwülsten ohne Operation — wo die Schul-Medizin versagt. Er heilt angeblich durch seine ihm innewohnende Kraft, durch seine „Radioaktivität".

Besäße der Magnetopath diese Kraft, dann müßte er folgerichtig die Entzündungserreger zu vernichten imstande sein, die zelligen Elemente der bösartigen Geschwülste vernichten oder doch zum Absterben bringen können. Als Beweis hierfür wäre erforderlich, daß die magnetopathische ausstrahlende Kraft sterilisieren könnte. Nichts ist davon vorhanden. Die eigenen Fingerspitzen des Heilkünstlers sind unmittelbar nach dem Bestreichen nicht einmal steril.

Das Schlußurteil des Verfassers lautet, daß bis jetzt, weder medizinisch, noch bakteriologisch, noch physikalisch beim Magnetopathen besondere Kräfte nachgewiesen sind, daß der Magnetopathismus wissenschaftlich eine Null ist, daß er keine ihm eigentümliche, heilende Kraft besitzt.

Dr. Dörschlag-Bromberg.

Inwieweit haftet ein Arzt, der mit einem anderen zusammen operiert, für die Kunstfehler des anderen? The journ. of the am. med. ass.; 1913, LXI, Nr. 11, S. 889.

Bei einer Entbindung, in welcher der Arzt A. die Narkose, Dr. B. die instrumentelle Behandlung übernommen hatte, verließ der Narkotiseur die Frau, nachdem er nachts von 10—2 Uhr anwesend gewesen war. Es scheint,

als ob die Zange von Dr. B. nicht sterilisiert worden ist. Dr. A., der am Kopfende der Gebärenden stand, konnte nichts darüber aussagen. Die Nachgeburt sah auch er sich von seinem Platze aus auf Vollständigkeit an; er glaubte, sie sei vollständig. Bei der weiteren Behandlung der an Wochenbettfieber erkrankten Frau, war nur Dr. A. tätig. Dieser wurde nun später haftpflichtig dafür gemacht, daß er zusammen mit Dr. B. in schuldhafter Weise die Vagina zerrissen habe, die Nachgeburt nicht vollständig entfernt und unsterilisierte Instrumente angewandt habe, obwohl er wirklich nicht operiert hatte. Der Berufungsgerichtshof, United statet circuit court of appeals, entschied:

2 Aerzte, die vom Kranken unabhängig von einander zugezogen werden und die unter gegenseitiger Uebereinstimmung sich einander helfen, haben das Recht, die Art der Hilfeleistungen je nach den Verhältnissen sich einzuteilen. Jeder muß nicht nur die gewöhnlichen ärztlichen Kenntnisse und Fertigkeiten zu dem Fall mitbringen, sondern auch nach seinem bestem Wissen Aufmerksamkeit und Sorgfalt anwenden. Verantwortlich ist jeder für seine eigenen Leistungen; ferner aber auch für das Fehlerhafte, was er an dem anderen beobachtet und das er, ohne es zu rügen, geschehen läßt. Ueber das, was er wirklich beobachten konnte, hinaus geht aber seine Verantwortlichkeit nicht. Dr. Mayer-Simmern.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Klinische Beiträge zur Paranoiafrage. Von Prof. Dr. H. Berger-Jena. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie; Band 34, Heft 3.

Zweifellos stellt die Paranoia chronica, trotz Wernicke und Kraepelin, eine wohl charakterisierte klinische Krankheitsform dar, die das Vorkommen paranoiaähnlicher Krankheitsbilder bei der Dementia praecox trotz der Hypothese Lugaros und die wichtige Tatsache der Wahnbildung auf degenerativer Basis keineswegs erschüttern konnte. Die Paranoia chronica ist eine seltene, in der zweiten Lebenshälfte sich schleichend entwickelnde, mit systematisierter Wahnproduktion einhergehende Erkrankung, bei der Sinnestäuschungen vorkommen oder auch fehlen können, und die trotz der jahrelangen Dauer und ihrer Unheilbarkeit nicht zur Verblödung führt. Gegenüber gewissen Formen der Dementia praecox kann die mit Sinnestäuschungen einhergehende Form der Paranoia in vielen Fällen durch das höhere Lebensalter, in anderen durch das Ausbleiben aller katatonischen Symptome und jeder gemütlichen und intellektuellen Verblödung und vor allem durch das dauernde Fehlen jener eigentümlichen Zerspaltung der Persönlichkeit, die Bleuler so treffend mit dem Namen der Schizophrenie kennzeichnete, abgegrenzt werden. Wichtig scheint dem Ref. auch in differentialdiagnostischer Beziehung gegenüber der Dementia praecox der Umstand, auf den oben schon hingewiesen wurde, daß in der Mehrzahl der Fälle von Paranoia hallucinatoria die paranoische Färbung des Denkinhaltes oft schon jahrelang den Sinnestäuschungen voranzugehen pflegt und die Sinnestäuschungen meist nur eine Bestätigung der Wahnideen des Erkrankten darbieten. Dagegen kann dem Wahn der körperlichen Beeinflussung der Wert eines sicheren Unterscheidungsmerkmals der Dementia praecox von der Paranoia chronica nicht zuerkannt werden, wenn auch zugegeben werden mag, daß derselbe verhältnismäßig oft, aber keineswegs ausschließlich bei der Dementia praecox vorkommt.

In der Mehrzahl der Fälle werden auch das Wechselnde der Wahnproduktion, ihre Korrigierbarkeit und anderes mehr die Abgrenzung der Wahnbildung auf degenerativer Basis von der Paranoia ermöglichen; in anderen seltenen Fällen dagegen kann nur der weitere Verlauf der Erkrankung oder der eventuelle Ausgang nachträglich die Diagnose in dem einen oder anderen Sinne sichern.

Dr. Többen-Münster.

Zur forensen Bedeutung der Chorea. Von Dr. Horstmann-Stralsund. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; Band 70, Heft 4.

Horstmann schildert einen Fall von Chorea, der als Unfallfolge aufzufassen ist und der m. E. ein gewisses forenses Interesse dadurch beanspruchen darf, weil er einmal hinweist auf die bei der Chorea auftretenden

Remissionen namentlich mit zurücktretenden psychischen Erscheinungen, die dazu angetan sind, den Gutachter bei Stellung der Diagnose unsicher zu machen, weil er des weiteren die Schwierigkeiten einer Oberbegutachtung lediglich aus dem Aktenmateriale heraus nach erfolgtem Tode des zu Begutachtenden beleuchtet, weil er ferner die Unzulänglichkeit der einmaligen Untersuchung in der Sprechstunde zur Feststellung eines psychischen Zustandes bespricht, und weil er dartut, daß auch recht erfahrene Sachverständige in deren prognostischer Auslegung, in ihrem Urteil nicht unerheblich von einander abweichen können.

Daß es bei Chorea mit und ohne therapeutischem Einwirken zu Remissionen kommen kann, ist bekannt. Auffällig bleibt immerhin das besonders gute psychische Verhalten, das von dem einen Gutachter, einem besonders erfahrenen Sachverständigen und subtilen Untersucher, noch zwei Monate vor dem Tode des Kranken festgestellt wurde. Verstehen wird man diesen Befund können, wenn man sich daran erinnert, daß es sich bei dem Untersuchten aller Wahrscheinlichkeit um eine einfache Demenz gehandelt hat, bei der er äußerlich sehr wohl korrekt und besonnen erscheinen konnte, ferner daran, daß feinere Intelligenzprüfungen und Prüfungen auf affektierte Störungen in gelegentlichen Untersuchungen in der Sprechstunde nicht immer in einem für die Beurteilung ausreichendem Maße vorgenommen werden können. Wir müssen hierbei weiter bedenken, daß es sich bei den psychischen Störungen der Chorea nicht immer um grobe Intelligenzdefekte handeln muß, sondern daß die tiefe Demenz oft mehr vorgetäuscht wird durch die Gedächtnisstörung und namentlich durch die mangelnde Konzentrierungsfähigkeit. Der Grad der Konzentrierungsfähigkeit ist aber allemal abhängig von Stimmungen und allerlei nicht nachweisbaren körperlichen Dispositionen. Die Konzentrierfähigkeit wird daher sehr wohl an verschiedenen Tagen eine verschiedene sein können. Und wenn wir nun gar noch bedenken, daß der Verlauf aller chronischen Psychoneurosen mehr oder minder in Kurven verläuft, so können uns abweichende Prüfungsergebnisse nicht weiter wundernehmen.

Die Beweisführung des einen Gutachters, aus dem Nichtvorhandensein von Wahnideen und Sinnestäuschungen, aus dem fehlenden Vorliegen einer Entmündigung auf das Fehlen einer Geistesstörung zu schließen, war ohne weiteres als unhaltbar zu bezeichnen.

Schulze behauptet einmal, die Chorea würde, obwohl sie in zahlreichen Arbeiten behandelt worden ist, noch heute vielfach verkannt. Er hat Recht, besonders wenn man an die Schwierigkeiten der Diagnose bei Vorliegen einer tiefgehenden Remission mit Zurücktreten der psychischen Erscheinungen denkt.

Dr. Többen-Münster.

Serologische Beiträge zur Lues-Paralyse-Frage. Von Stabsarzt Dr. Schoenhals-Berlin. Monatsschrift für Psychologie und Neurologie; Band 34, Heft 3.

Der Autor faßt die Ergebnisse seiner Untersuchungen folgendermaßen zusammen:

1. Wenn ein atypischer, negativer Ausfall der Wassermannschen Reaktion bei den metaluetischen Erkrankungen beobachtet wurde, handelte es sich fast immer um stationäre oder sehr langsam progrediente Fälle, bei denen „Antikörper“ nicht mehr gebildet zu werden scheinen.

Ob der weitere Schluß berechtigt ist, daß hier Spirochäten nicht mehr angetroffen werden, muß abgewartet werden.

2. Die „4 Reaktionen“ (Wassermann in Blut, Wassermann in der Spinalflüssigkeit, Nonne, Pleozytose) in ihrer kombinierten Anwendungsweise bedeuten einen Fortschritt in differential-diagnostischer Hinsicht zwischen syphilitischer und nichtsyphilitischer Erkrankung des Zentralnervensystems.

3. Sie bringen uns aber nicht wesentlich weiter in der Scheidung der Paralyse von der Lues cerebri.

Hier kann man nur von einer größeren Wahrscheinlichkeit reden, die bei schwachem oder negativem Ausfall der 4 Reaktionen mehr für Lues cerebri spricht, während in den typischen Fällen bei der Paralyse stark positiver Ausfall die Regel ist. Ausnahmen kommen aber gerade in den auch klinisch schwer zu beurteilenden Fällen vor.

4. Die Salvarsanbehandlung zeitigt bei der schon deutlich ausgeprägten Paralyse nicht nur keinen Erfolg, sondern ist imstande, den geistigen und körperlichen Verfall zu beschleunigen. Zur Behandlung mit Salvarsan sind nur die ganz inzipienten Fälle geeignet. Schon fortgeschrittener Verfall sowie Neigung zu paralytischen Anfällen bilden eine Kontraindikation.

5. Bei der Hirnsyphilis ist Salvarsan von durchaus günstigem Einfluß.

6. Bezüglich der etwaigen Rezidive wird eine über mehrere Jahre sich erstreckende Beobachtung Aufschluß geben.

Dr. Többen-Münster.

Selbstverstümmelung bei Paralyse. Von Dr. Brassert-Leipzig. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; Band 70, Heft 3 und 4.

Der Verfasser berichtet über einen im depressiven Anfangsstadium der progressiven Paralyse stehenden 37jährigen Mann, der, wohl weniger unter dem Einfluß hypochondrischer Wahnvorstellungen, als vielmehr in Suizidabsicht, worauf die Stichverletzung in der Herzgegend hinweist, eine schwere Selbstverstümmelung vornimmt, indem er sich die rechte Hand im Radiokarpalgelenk kunstgerecht abschneidet. Interessant ist schon das plötzliche, scheinbar Unvermittelte dieses Tentamens, weit mehr aber noch seine Art und Ausführung und die allem Anschein nach völlige Analgesie des Kranken bei dem einer Exartikulation der Hand fast gleichkommenden Eingriff. Während jedoch „scheußliche Selbstverstümmelungen“ ohne Anzeichen von Schmerz an sich bei Paralytikern nicht eben selten sind und wir einen Suizidversuch im Initialstadium der Paralyse auch nicht als etwas Ungewöhnliches ansehen dürfen, so steht die Form schwerer Selbstverstümmelung, wie sie hier beobachtet wurde, gewiß als sehr seltenes Vorkommnis, wenn nicht als Unikum, da. Wenigstens ist es dem Verfasser nicht gelungen, in der einschlägigen Literatur einen ähnlichen Fall ausfindig zu machen. Höchstwahrscheinlich besaß der Kranke, der als Turnlehrer systematisch ausgebildet war, gewisse anatomische Kenntnisse über den Bau des Handgelenks, die er bei seiner Tat automatisch verwertete. Daß er hierzu die linke Hand benutzte, ist mit von Hause aus bestehender Linkshändigkeit, durch die Ehefrau bezeugt, zu erklären.

Der geschilderte Fall verdient aber noch von einem anderen Gesichtspunkte aus einige Beachtung. Er zeigt wieder einmal die Schwierigkeiten, die sich häufig ergeben, wenn es gilt, einen Kranken mit initialer Paralyse, bei dem noch nichts Bedenkliches vorgekommen und auch nicht ohne weiteres von fehlender häuslicher Pflege oder gar Verwahrlosung gesprochen werden kann, geeignet unterzubringen. Da die zwangsmäßige Ueberführung in eine geschlossene Heilanstalt hier kaum als unmittelbar notwendig im Sinne der üblichen Aufnahmebestimmungen zu bezeichnen war, der Kranke und seine Ehefrau aber von sich aus zunächst keinesfalls die Zustimmung zum freiwilligen Eintritt in eine derartige Anstalt gegeben hätten und doch auch wiederum sich nicht selbst überlassen werden konnten, so blieb als am nächsten liegende Maßnahme schließlich nur die interimistische Unterbringung in einem offenen, unter bewährter Leitung stehenden Sanatorium für Nervenkranke übrig, einer Heilstätte also, wie sie noch leidlich soziale Paralytiker ja oft genug für kürzere oder längere Zeit zu beherbergen pflegt. Hier aber mußte der unvorhergesehene rapide Verlauf der Erkrankung zu einer Katastrophe führen, die sich unter den naturgemäß strengeren Ueberwachungsverhältnissen einer geschlossenen Anstalt voraussichtlich hätte verhüten lassen. Dr. Többen-Münster.

C. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Tod an Paratyphus als Unfallfolge. Von Kreisarzt Dr. Wilke-Genthin.

Am 15. September 1913 erkrankten auf der Fahrt Stettin-Magdeburg an Bord des Lastkahns M. 3 die Eheleute N. akut an Paratyphus B. Die Ermittelungen ergaben, daß die Uebertragung der Krankheitskeime auf beide Personen wahrscheinlich gelegentlich der Pflege eines am 17. August in S. an Bord des gleichen Schiffes an Brechdurchfall gestorbenen Steuermanns P. erfolgt war. Es war zu folgern, daß auch P. an Paratyphus B. gelitten hatte. Eine Untersuchung des Blutes und der Abgänge des P. war nicht erfolgt.

F. war am 7. August vormittags 7 Uhr im Magdeburger Hafen von der Laufplanke in die Elbe gefallen und soll hierbei Elbwasser verschluckt haben. Am 8. August mittags trat er die Fahrt nach Stettin an; während der Reise soll er über Unwohlsein geklagt haben. P. versah seinen Dienst, beaufsichtigte nach Ankunft in S. als Steuermann das Aus- und Einladen des Kahnes und brach bei der Arbeit am 16. August nachmittags 5 Uhr zusammen; der Tod erfolgte am 17. August früh nach nur 12stündigem Krankenlager.

Das Wasser der Kanäle, Binnenhäfen und Ströme ist als ständig mit Typhuskeimen verseucht anzusehen. Es ist deshalb höchstwahrscheinlich, da eine andere Art der Uebertragung der Keime auf P. nicht nachweisbar ist, daß P. beim Fall in die Elbe durch das verschluckte Wasser infiziert ist. Wann die Krankheit beginnt, läßt sich nicht ermitteln. Es handelt sich beim Einsetzen des Brechdurchfalls am 16. August um eine Verschlimmerung eines anfänglich leicht verlaufenen Paratyphus oder um das Rezidiv eines Typhus ambulatorius. Der ursächliche Zusammenhang zwischen Tod und Verschlucken von Elbwasser gelegentlich des Falls in dem Strom dürfte erwiesen sein.

Entstehung einer Unterkieferverrenkung infolge eines Traumes. Von Kreisarzt Dr. Friedrich-Schubin (Posen).

Folgender Fall darf wohl wegen seiner merkwürdigen Entstehungsursache einiges Interesse beanspruchen: Vor einiger Zeit wurde ich nachts zu einem Aufseher der hiesigen Provinzialfürsorgeerziehungsanstalt geholt mit der Angabe, er läge bewußtlos, röchelnd und mit stieren Augen im Bett. Als ich hinkam, fand ich ihn bei vollem Bewußtsein, der Unterkiefer war jedoch nach vorn verrenkt. Nachdem ich diesen eingerichtet hatte und mich nach der Entstehungsursache der Verrenkung erkundigte, bekam ich von der Frau die Mitteilung, sie hätte ihren Mann mit über das Seitenbrett nach hinten hängenden Kopf gefunden, während der Aufseher selbst mir erzählte, er habe geträumt, er hätte bei den Zöglingen gestanden und, als einige ausreißen wollten, schreien wollen: „Haltet, haltet.“ Die Entstehung der Verrenkung auf diese Weise erscheint nicht unwahrscheinlich. Durch die Lagerung des Kopfes nach hinten wurden die den Kiefer herabziehenden Muskeln gespannt, durch den plötzlichen Versuch zu schreien — geschrieen hat er nicht — wurde der Unterkiefer nach vorn gedrängt.

Jedenfalls fehlt eine andere Entstehungsursache, auch waren Verrenkungen des Unterkiefers nicht vorausgegangen. Anderseits ist die Entstehung des Traumes nicht wunderbar, da es nichts seltenes ist, daß Zöglinge ausreißen.

Die Gicht in ihren Beziehungen zur staatlichen und privaten Versicherung. Von Dr. Reckzeh in Charlottenburg. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1913, Nr. 21.

Verfasser bespricht in Kürze die Entstehungsursachen, Komplikationen und anderweitige Eigentümlichkeiten der Gicht und geht dann auf ihre Beziehungen zu Lebensversicherung, Unfall und Invalidenversicherung ein.

Das männliche Geschlecht ist bevorzugt, die Erblichkeit ist bekannt, es gibt die sog. gichtische Disposition. Ferner spielt die Lebensweise eine Rolle: 1. Alkoholgenuß, wobei weniger der Alkoholgehalt als die Art der konsumierten Getränke von Einfluß ist (bei der Schnaps trinkenden Bevölkerung ist die Gicht sehr selten; schwere Biere, gute Weine schaffen dagegen eine Disposition); 2. sitzende Lebensweise; 3. metallische Gifte; 4. ev. kommt die geographische Lage in Betracht, das Hauptmoment spielt dabei allerdings auch die Lebensweise der Bevölkerung. Von versicherungspflichtigem Interesse ist, daß die Gicht in Süddeutschland häufiger zur Beobachtung kommt als in Norddeutschland.

Aeußerlich ist der Gichtiker zuweilen durch Vollblütigkeit, untersetzten, kräftigen Körperbau und eine gewisse Fettleibigkeit charakterisiert.

Von früheren Krankheiten sind bei der prognostischen Beurteilung eines Gichtfalles chron. Infektionskrankheiten, insbesondere Rheumatismus und Syphilis zu nennen. In der unfallsfreien Zeit ist die Diagnose schwierig, Gichttophi finden sich nur in etwa 1/4 der Fälle. Bekannt sind die Beziehungen von Nierenerkrankungen zur Gicht — genuine Schrumpfniere, Nephrolithiasis. Die

Atmungsorgane bieten zuweilen Komplikationen durch Asthma, Lungen- und Brustfellentzündung. Bezüglich der Kreislauforgane ist die Neigung der Gichtiker zur Arteriosklerose und ihren Folgezuständen außerordentlich häufig. Mit Zuckerkrankheit und Fettsucht ist die Gicht nicht selten kompliziert. Von Interesse ist die Erfahrung, daß eine Kombination von Gicht und Fettsucht prognostisch nicht ungünstig zu beurteilen ist. Von Augenkrankheiten können sich im Zusammenhange mit der Gicht akute Conjunctivitis, Iritis, Retinitis, Glaukom oder Katarakt entwickeln.

Hinsichtlich der Aufnahme Gichtkranker in die Lebensversicherung ist wohl immer eine Erschwerung der Versicherungsbedingungen angezeigt, besonders wenn die Krankheit vor dem 35. Lebensjahr zum Ausbruch kommt.

Der Einfluß eines Unfalls auf den Ausbruch der Gicht und ihren Verlauf wird neben der Praedisposition immer nur als auslösender Faktor anzusehen sein; erwähnt sei, daß traumatische Momente häufig für die Lokalisation der Gicht bestimmend oder mitbestimmend sind.

Die Beurteilung Gichtkranker auf dem Gebiete der Invalidenversicherung richtet sich ganz nach der Eigenart des betreffenden Falles. In nicht komplizierten Fällen wird eine dauernde Unterbrechung der Erwerbsfähigkeit nicht anzunehmen sein, falls nicht die Arbeit selbst im einzelnen Fall Schmerzen oder eine Verschlimmerung verursacht. Dr. Pachnio-Westerburg.

D. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

Syphilis und Prostitution.

Beiträge zur experimentellen Pathologie und Therapie der Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der Impfsyphilis der Kaninchen. Von Prof. Dr. P. Uhlenhuth und Dr. P. Mulzer-Straßburg. Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt; 1913, 44. Bd., 3. H.

Die Arbeit, die das ganze, über 200 Seiten starke und mit 21 Tafeln ausgestattete Heft einnimmt, schildert unter Anführung der Versuchsprotokolle die bisher gewonnenen Ergebnisse der beiden Forscher. Aus dem reichen Inhalt sei bemerkt, daß ihnen die Züchtung der Spirochaete pallida aus dem Gewebe syphilitischer Tiere weder inner-, noch außerhalb des Tierkörpers gelungen ist. Dabei beträgt die Zahl ihrer Kulturversuche weit über 500. Der Durchtritt der Spirochaeten durch die anscheinend gesunde Placenta in den Kreislauf des Foetus konnte nachgewiesen werden; er scheint sogar schon wenige Minuten nach intravenöser Einspritzung in das Muttertier zu erfolgen.

Der letzte Teil der Arbeit enthält Versuche über die Verimpfung von Blut und anderen Körperflüssigkeiten in die Hoden von Kaninchen. Die Impfung mit Blut (54 Versuchspersonen) hatte bei primärer Lues in 84 %, bei sekundärer in 75 % der Fälle Erfolg, einige Male auch trotz negativer Wassermannscher Reaktion. Bei tertiärer Lues, ferner bei Verimpfung von Milch syphilitischer Frauen oder Spinalflüssigkeit metasyphilitisch erkrankter Menschen konnte bisher keine Syphilis beim Kaninchen erzielt werden; die Zahl der Versuche ist aber nur gering. Die Samenflüssigkeit eines syphilitischen Mannes erwies sich bei der Verimpfung in den Kaninchenhoden als sehr ansteckend.

Die Syphilis ist eine chronische Septihämie. Trotzdem aber die Impfung mit Blut so häufig gelingt, ist der mikroskopische Nachweis der Spirochaeten im kreisenden Blut von Kranken äußerst selten und nur bei Tieren gelungen. Vielleicht befinden sich im Blut andere, noch unbekannte Entwicklungs-Zustände der Syphiliserreger, die aber jedensfalls nicht filtrierbar sind.

Dr. Hutt-Königsberg i. Pr.

Die Züchtung der Spirochaeta pallida. Von Prof. Dr. Noguchi. Wiener Mediz. Wochenschrift; 1913, Nr. 41.

Eine Reihe von Autoren erhebt Anspruch darauf, Reinkulturen von Spirochaeten gewonnen zu haben.

Noguchi züchtete seine Kulturen im Gegensatz zu allen anderen anaërob. Syphilitisches Material von Kaninchen wuchs nur auf Nährböden, der aus Serumwasser und sterilem Gewebe bestand, syphilitisches menschliches Material nur auf Nährboden aus Aszitesagar und beigefügtem sterilen tierischen

Gewebe. So bekam er Kulturen mit einer einzigen Spirochätenart. Mit der Reinkultur erzeugt er typische syphilitische Läsionen bei Kaninchen und Affen. Die Kulturen verloren ihre Virulenz im 4. Monat der Fortzüchtung.

Der Verfasser weist eingehend auf die Unterschiede der Kulturen gegenüber den Kulturen, die von anderen Forschern erzielt sind, hin.

Die Sera von Kaninchen, die mit Reinkulturen der Pallida hochimmunisiert sind, enthalten spezifische Agglutinine und komplementbindende Antikörper.

Neißer, Sadassohn, Nobl u. a. hatten schon nachgewiesen, daß bei syphilitischer Infektion des Körpers eine Ueberempfindlichkeit der Haut vorhanden ist. Noguchi hat in der Verwendung eines Extrakts verschiedener Stämme reiner Pallidakulturen ein Mittel gefunden, diese Hautallergie mit größerer Konstanz und in größerem Umfang nachzuweisen. Diese Luetinhautreaktion von Noguchi ist von vielen Autoren bestätigt worden.

Dr. Kurpjuweit-Swinemünde.

Die Uebertragung von Spirochaeten pallida vom Hirn der Paralytiker auf das Kaninchen. Aus den Laboratorien der Rockefeller Institute for medical research. Von Hideyo Noguchi, New-York. The journal of the am. med. ass.; Juli 1913, Bd. LXI, Nr. 2, S. 85.

Von 200 bisher untersuchten paralytischen Gehirnen enthielten 48, also etwa 25% Spirochaeta pall.; in den Hintersäulen eines Falles von Tabes gelang dem Verfasser der Nachweis ebenfalls.

Er impfte mit den Emulsionen aus 6 frisch erhaltenen Hirnen von Paralytikern die Hoden von 36 Kaninchen. Zunächst entstand eine entzündliche Reaktion; in den nächsten 3—6 Monaten traten keine Veränderungen ein. Nur bei der Inokulation des Gehirns eines bestimmten Falles traten einmal nach 92 und einmal nach 105 Tagen bei Kaninchen typische syphilitische Sklerosen, die Spirochaeten enthielten, auf. Der Prozentsatz der erfolgreichen Impfungen war also gering; die Ursache liegt sowohl in der spärlichen Zahl der im Hirngewebe enthaltenen Spirochaeten, als in deren geringer Infektiosität für das Kaninchen.[1]) Dr. Mayer-Simmern.

Positive Resultate der Impfung des Kaninchens mit Hirnsubstanz vom Paralytiker. Von Henry J. Nichols, Ass. Prof. of bacteriol. and pathology, Army med. school und William H. Hough, Clinical pathologist, Government hospital for the insane, Washington. The journ. of the am. med. ass.; 1913, LXI, Nr. 2, S. 120.

Von einem Paralytiker, in dessen Hirnsubstanz keine Spirochaeten gefunden werden konnten, der 1899 an Syphilis erkrankt und behandelt worden war, wurden Hirnteile eine Stunde nach dem Tode in die Hoden von Kaninchen injiziert. Außer einer Hodenerkrankung entwickelte sich eine typische interstitielle Ceratitis; bei Uebertragung der Hornhaut auf ein zweites Kaninchen entstand eine charakteristische Hodenerkrankung und typische Choroiditis. Die Wassermannsche Reaktion war bei beiden Tieren positiv. Wenn auch Spirochaeten nicht nachweisbar waren, so bestätigten die Befunde die Arbeiten Noguchis doch zweifellos. Dr. Mayer-Simmern.

Kutireaktion bei Lues. Bericht über 530 Impfungen mit Drüsenluetin von Dr. R. Müller und Dr. R. O. Stein, Assistenten der Universitätsklinik für Geschlechts- und Hautkrankheiten in Wien. Wiener med. Wochenschrift; 1913, 40, Nr. 38.

Finger und Landsteiner gelangen die ersten Impfungen an der Haut luetischer Personen mit syphilitischen Produkten, während man bisher annahm, daß es unmöglich sei, in der Sekundär- und Tertiärperiode neue syphilitische Affekte durch Impfung zu erzeugen.

Bei der Impfung reagieren Sekundärluetiker mit Papeln, tertiäre Luetiker mit gummaähnlichen Effloreszenzen. Zur Ausbildung der Impfprodukte ist eine Inkubationszeit von mehreren Tagen nötig.

---

[1]) Vergl. das Referat von Graßl, diese Zeitschr., 1913, S. 429.

Die Resultate der Impfungen durch verschiedene Autoren ergaben aber nicht immer ein einwandfreies Resultat.

Noguchi, dem es gelang, Reinkulturen der Spirochaeta pallida zu züchten, stellte mit Kulturextrakt Kutireaktionen an. Bereits 24 Stunden nach der Impfung traten Papeln mit rotem Hof oder von pustulo-nekrotischem Typus auf. Andere Autoren stellten dagegen Versuche mit Extrakt aus luetischen Organen an. Mit Extrakten von Pneumonia alba und von luetischen Lymphdrüsen, die auf besondere Art hergestellt werden, erzielten die Verfasser bei intrakutaner Impfung schon nach 24 Stunden eine Reaktion, die nach 2—3 Tagen ihren Höhepunkt erreichte. Man sah einen hellroten Hof, der ein Infiltrat einschloß. Diese Reaktionen werden mitunter handtellergroß und zerfallen auch im Zentrum. Sekundäre Lues ergab nur selten positive Reaktionen. Dagegen konnten zahlreiche Autoren übereinstimmend feststellen, daß deutlich positive Reaktion mit Organluetin mit großer Wahrscheinlichkeit für tertiäre Lues spricht.

Der positive Impfeffekt ist als der Ausdruck einer Umstimmung der Gewebe bei Luetikern, speziell bei Tertiärluetikern gegenüber gewissen (Eiweiß?) Substanzen anzusehen. Diese Eiweißsubstanzen sind in Nährböden oder Geweben anzutreffen, in denen Spirochaeten zur Entwicklung gelangen.

Dr. Kurpjuweit-Swinemünde.

Ueber die Bedeutung der Infektionsquelle für den weiteren Verlauf der Syphilis. Von Dozent Dr. Walther Pick. Wiener med. Wochenschrift; 1913, Nr. 38.

Der Ablauf der Syphilis ist ein sehr verschiedener. Die einen nehmen an, daß das Virus konstant ist, und erklären die Differenzen im Ablauf der Erkrankung durch konstitutionelle Momente des befallenen Organismus; die anderen suchen sie durch qualitative Differenzen des Virus zu erklären. Im allgemeinen überwiegt heute die erste Ansicht.

Die sogenannte maligne Syphilis, die sich durch das frühzeitige Auftreten von Spätsymptomen und deren Neigung zu raschem Zerfall charakterisiert, ist eine seltene Krankheit geworden. Die Ursache der Malignität der Syphilis ist uns in den meisten Fällen noch unbekannt. Die Infektionsquelle der malignen Syphilis ist häufig eine gutartige Syphilis. Man kann daher nur annehmen, daß eine gesteigerte Reaktionsfähigkeit, eine Umstimmung der Gewebe, auf bestimmte Reize bei der malignen Syphilis einwirkt. Gestützt wird diese Hypothese durch die Beobachtung Noguchis, daß bei tertiärer Lues mit den Extrakten spirochaetenhaltiger Organe oder von Spirochaetenkulturen kutane Reaktionen erzielt werden.

Vereinzelte Beobachtungen über Auftreten maligner Lues bei Personen, die sich aus der gleichen Quelle infiziert hatten, deuten darauf hin, daß jedoch das Virus selbst auch von Bedeutung ist. Bei der Tabes und Paralyse kann man es jedenfalls häufiger beobachten, daß die Zahl der Fälle, die direkt aus derselben Quelle stammen oder wenigstens indirekt auf dieselbe Quelle zurückgehen (konjugale Tabes und Paralyse) eine größere ist. Nach Fischer haben Männer paralytischkranker Frauen zu 10,5 % Paralyse.

Der Nachweis von Spirochaeten im Gehirn der Paralytiker durch Noguchi deutet darauf hin, daß in diesen Fällen das Virus eine besondere Affinität zum Nervensystem hat. Dieses Virus pflegt in der Frühperiode gewöhnlich nur ganz leicht verlaufende Hauterscheinungen hervorzurufen.

Es besteht demnach die Möglichkeit, daß es sich bei der Lues maligna auch um eine Abart des Syphiliserregers handelt. Das Virus nervosum, das eine höhere Affinität zum Nervensystem hat, stellt jedenfalls eine konstant bleibende Abart des Syphiliserregers dar. Dr. Kurpjuweit-Swinemünde.

E. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Säuglingsfürsorge.

Mehr Fürsorge für eheliche Säuglinge. Von Dr. Hanssen-Kiel. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1913, Nr. 6.

Die Fürsorge für die ehelichen Säuglinge ist ziemlich stark zurückgeblieben, so stark, daß an manchen Stellen die Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge höher ist, als an anderen die der unehelichen. Als erstes Mittel für die Besserung der Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge stellt Verfasser die

Propaganda für das Stillen oben an, und hier wieder die mündliche Belehrung und das Beispiel, das namentlich die gebildeten Kreise geben sollten. Die Krankenkassen sollten so ausgebaut werden, daß auch auf dem Lande die ländlichen Krankenkassen Familienbehandlung in ausgedehntestem Maße einführten. Mutterschaftsversicherung ist auch auf dem Lande sehr gut denkbar und mit geringen Mitteln einzurichten. Die Unterstützung bei Erkrankung eines Säuglings sollte ebensowenig als Armenunterstützung angesehen werden, wie die Gewährung von unentgeltlicher Milch. Stillprämien wirken oft sehr günstig. Auch die Aufnahme in ein städtisches Krankenhaus sollte unentgeltlich erfolgen, wenn es sich um einen armen Säugling handelt. Die Fürsorge für die Unehelichen braucht deshalb nicht nachzulassen; man sollte sich aber mehr als bisher ehelich geborenen Säuglingen aus ärmeren Kreisen annehmen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Wege zur Säuglingsfürsorge. Von Dr. Wahrendorf-Hannover. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1913, Nr. 12.

Mißstände im Ziehkinderwesen der Stadt Berlin. Von Dr. W. Hammer-Berlin. Sexualprobleme; 1913, Nr. 9.

In Hannover geschieht, wie Dr. Wahrendorff mitteilt, die Kontrolle der Ziehkinder in folgender Weise: 1. Erste Untersuchung im Hause des Ziehkinderarztes zu Beginn des Pflegestellenantritts und bei Pflegestellenwechsel für die Kinder der zwei ersten Lebensjahre. 2. Monatlicher Besuch durch eine besoldete Pflegerin. 3. Monatliche Untersuchung der Kinder der zwei ersten Lebensjahre an besonderen Wiegetagen in einer Säuglingsfürsorgestelle durch den Ziehkinderarzt. 4. Vierteljährlicher Hausbesuch des Ziehkinderarztes. 5. Sofortige Zuziehung des zuständigen Armenarztes in Krankheitsfällen. 6. Bei Ziehkinder, die zugleich Waisenkinder sind, Besuche auch durch die Waisenpflegerin. 7. Journalbogen an den Wiegetagen und Kontrollbuch im Hause für die häuslichen Besuche. 8. Uebersichtsbuch über die Pflegemütter selbst auf der Armenverwaltung.

Für den von der Stadt Berlin gezahlten Pflegesatz kann unmöglich ein Ziehkind unterhalten werden. Dr. Hammer verlangt daher schleunigst Abhilfe dieser Mißstände und außerdem eine Beaufsichtigung durch bewährte Ziehmütter.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber das Schicksal der unehelichen Kinder Düsseldorfs. Von Dr. Turnau-Düsseldorf. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1913, Nr. 11—12.

1. Die im Privathaus geborenen Kinder haben eine geringere Sterblichkeit und höhere Legitimationsziffer als die in Entbindungsanstalten Geborenen. Die Geburt in der Anstalt ist nicht Ursache, sondern Symptom für die schlechtere Lebensaussicht der Kinder. 2. Pflegewechsel übt einen schädigenden Einfluß auf die Kinder; bei jungen Säuglingen kommt er aber nicht zur Geltung, weil im ersten Alter andere Momente stärker einwirken. Ein Zusammenbleiben von Mutter und Kind verbessert die Lebenschancen um ein weniges bei den heutigen Verhältnissen. Gerade hier sind von einem weiteren Ausbau der Säuglingsfürsorgeeinrichtungen der Mutterschaftsversicherung und der Stillpropaganda noch bedeutende Fortschritte zu erwarten. Beruf der Mutter und Führung der Vormundschaft sind von erheblichem Einfluß auf die soziale Lage des Kindes. Die Ergebnisse der Statistik weisen zugleich den Weg, für welche Kinder und auf welche Weise eine Fürsorge noch eintreten muß. 3. Die größte Sterblichkeit der Säuglinge fällt in die ersten 12 Lebenswochen. Innerhalb der ersten 8 Tage sterben gut $^1/_9$, in den ersten 14 Tagen gut $^1/_6$, in den ersten 4 Wochen gut $^1/_4$, in den ersten 12 Wochen gut die Hälfte aller Kinder, die im ersten Jahre sterben. Kinder, die in Anstalten geboren sind, sterben etwas häufiger in früheren Monaten als Privatgeborene. 4. Die Sommersterblichkeit macht sich bei den Unehelichen stark bemerkbar, ein Vergleich der drei Jahre 1909—11 erweist auch den verschiedenen Einfluß von kühlen und heißen Sommern. Die Altersstufen vom vollendeten 1.—9. Monat werden von der Sommersterblichkeit stärker mitgenommen als jüngere und ältere Kinder. 5. Die beiden Geschlechter weichen insofern in ihrem Schicksal auseinander, als mehr Knaben sterben und legitimiert werden als Mädchen, also daß von letzteren ein höherer Prozentsatz als uneheliche Kinder weiterlebt. 6. Das

Schicksal der in modernen Pflegeanstalten untergebrachten Säuglinge ist als ein günstiges zu bezeichnen. Besonders, wenn Mutter und Kind unter Stillverpflichtung der Mutter zusammenbleiben und die Fürsorgeorgane sich um das gesundheitliche wie um das rechtlich-soziale Ergehen des Kindes kümmern, sind die Erfolge sehr gute. Noch weitere Fortschritte in dieser Richtung werden von dem Ausbau der Mutterschaftsversicherung zu erwarten sein.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Syphilitische Pflegekinder. Von Assessor Wendel-Berlin-Grunewald. Jugendfürsorge; 1913, Nr. 6.

Das erste Erfordernis, um der Uebertragungsgefahr begegnen zu können, ist natürlich die möglichst schnelle Feststellung der Krankheit. Vom ärztlichen Standpunkte aus ist die Forderung nach Unterbringung in einer Krankenanstalt bis zum 3. und 4. Lebensjahre und nach Zwangheilung erhoben worden. In befriedigender Weise wird diese Frage zur Durchführung der ärztlichen Grundforderungen, die allein gründliche Hilfe schaffen können, nur durch Aenderung des geltenden Rechts gelöst werden können, in erster Linie durch Beschränkung der Rechte der unehelichen Mutter. Eine Aenderung wäre dahin zu erstreben, daß nicht die Mutter das Sorgerecht hat, das ihr jetzt nur bei nachgewiesener gröblichster Vernachlässigung entzogen werden kann, sondern daß es ihr im Gegenteil nicht zusteht und ihr nur (vielleicht auch dann die volle elterliche Gewalt) zugesprochen werden kann, wenn sie den Nachweis erbringt, daß sie in jeder Hinsicht geeignet und in der Lage ist, für das Kind hinreichend zu sorgen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Errichtung von Säuglingspflegematerial- und Wäschedepots im Anschluß an die bestehenden Säuglingsfürsorgeeinrichtungen oder als eigene Institutionen. Von Dr. Reinach. Münchener med. Wochenschrift; 1913, S. 1380.

Reinach empfiehlt zur Besserung der Pflege der Säuglinge die dauernde, systematische Unterstützung mit Wäsche und anderem Pflegematerial. Hierzu sind eigene Depots nötig. Die Depots sollen enthalten:

1. Wäsche, besonders Windeln, Bettwäsche, Ueberzeuge, Kinderkleidung;
2. Wasch- und Seifenlappen, Badetücher, Handtücher, Bettücher, Seife;
3. Waschgefäße für Gesicht, Badewännchen, Watte, Kämme;
4. Gummieinlagen, Körbe und Bettchen für Säuglinge, Matratzen, Kinderwagen;
5. Wärmekrüge aus Steingut, Kinderwagen, Thermometer für Bad- und Fieber;
6. Saughütchen, Milchpumpen;
7. Säuger, Flaschen, Flaschenbürsten, kleine Kühlapparate;
8. Gedruckte Anweisungen;
9. Kampferspritze, Darm- und Magenspülvorrichtungen, Maximalthermometer für die Aerzte.

Dr. Graßl-Kempten.

Zur Säuglingssterblichkeit in Königsberg i. Pr. Von F. Liedtke. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 74.

Die Arbeit kommt auf Grund von Ermittelungen, die mit Hilfe von sehr detaillierten Fragebogen auf das sorgfältigste über 100 in den Monaten August und und September des Jahres 1911 gestorbenen Säuglingen angestellt sind, zu folgenden Schlüssen: Das komplexe Problem der Säuglingsmortalität kann wegen seiner Komplexität, die durch die Mannigfaltigkeit der Daseinsbedingungen, unter denen die Säuglinge leben, gegeben ist, nicht so gelöst werden, daß nach der Ursache der Säuglingssterblichkeit gesucht wird. Es lassen sich jedoch einige große Ursachengruppen aufstellen. Nach Rietschel, dem Verfasser zustimmt, ist die Säuglingssterblichkeit ein unveräußerliches Attribut des Pauperismus und in diesem Sinne keine medizinische, sondern eine soziale Frage. Auch die Tatsache, daß die Sterblichkeit der unehelichen Kinder erheblich höher ist als die der ehelichen, ist eine Folge gewisser Rechtsverhältnisse, die keine medizinische Therapie zu lösen vermag. Die Säuglingssterblichkeit nimmt zu mit der Wohnungstemperatur und Wohnungsdichtigkeit. Beide Momente erreichen in den Proletariervierteln hohe Grade; das Problem wird somit im Sinne Meynerts zur Wohnungsfrage. Das Hauptkontingent der verstorbenen Säuglinge wird von den künstlich ernährten Kindern gestellt; die

künstliche Ernährung ist aber wieder, zum großen Teile wenigstens, eine Folgeerscheinung ökonomischer Zustände — fortschreitender Industrialisierung, Frauenerwerbsarbeit. Nur durch soziale Maßnahmen, nicht durch ärztliche, kann daher das Problem gelöst werden. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Säuglingssterblichkeit und die Gesundheit der Ueberlebenden in englischen Elementarschulen. Von Dr. W. Gibson Parker, ass. school med. off. for Somerset. Public health; 1913, XXVI, Nr. 7.

Bemerkungen zu dieser Arbeit. Von Ralph. M. F. Picken. Ebenda; 1913, Nr. 8.

1. Die Arbeit ist auf Veranlassung von Dr. W. G. Savage, Grafschaftsmedizinalbeamten von Somerset, vom Autor ausgeführt worden auf Grund von Untersuchungen in einer Reihe von städtischen und ländlichen Schulen der Grafschaft Somerset, in der er seit 5 Jahren Schularzt ist. Im Durchschnitt war der Ernährungszustand der von ihm überwachten Kinder in 25% gut (Klasse A), mittelmäßig in 46% (B), ärmlich in 28—29% (C) und schlecht in unter 1% der Fälle (D). Er prüfte nun bei 471 Kindern die Fragen: 1. Ist das untersuchte Kind das erste, zweite, lebendgeborene der Mutter? 2. Zahl der Kinder, die von derselben Mutter lebendgeboren wurden; 3. Zahl der bisher in dieser Kinderreihe erfolgten Todesfälle und 4. das Alter, in dem der Tod eingetreten war. Die Todesfälle wurden nach dem Alter 0—1, 1—2, 2—3, 3—4, 4—5 und über 5 geordnet. Von den so untersuchten Kindern entfielen auf Klasse A 115, auf B 182, auf C 172 und auf D 2. Die ermittelten Zahlen waren: bei Klasse A 481 lebendgeborene, 27 Todesfälle unter 1 Jahr, 35 Todesfälle unter 5 Jahren. Der Prozentsatz der Sterblichkeit unter 1 Jahr war 56,1 auf 1000 Geburten, unter 5 Jahren 72,8 auf 1000. Die Zahlen waren für Klasse B 846 Geburten, 52 und 70 Todesfälle; auf 1000 eine Sterblichkeit von 61,5 und 82,7. Für Klasse C und D zusammen waren die Ergebnisse: 882 Lebendgeborene, 86 Todesfälle unter 1, 112 unter 5 Jahren; die Sterblichkeit auf 1000 demnach 97,5 und 127. Die Zahl der Kinder betrug in den einzelnen Familien bei Klasse A 4,18, bei B 4,65, bei C und D zusammen 5,07.

Die Arbeit ergibt, daß sie keine Stütze der Ansicht verleihen kann, die glaubt, daß eine hohe Säuglingssterblichkeit der allgemeinen Hygiene durch Ausrotten der Untauglichen nützen könne. Es geht vielleicht zu weit, daß man sagt, sie beweise das Gegenteil; sie unterstützt aber die Vorstellung, daß eine hohe Säuglingssterblichkeit einhergeht mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Ueberlebenden. Sie beweist aber auch, daß hohe Geburtenziffer mit hoher Säuglingssterblichkeit einhergehen kann.

2. Picken weist in einem an den Herausgeber des Public health gerichteten Briefe darauf hin, daß Parker die Erblichkeitsfrage nicht berücksichtigt habe. Bei Untersuchungen über den Einfluß der Säuglingssterblichkeit auf die Gesundheit der Ueberlebenden müsse einer der beiden Faktoren, der Einfluß der Umgebung und Lebensverhältnisse einerseits, der der Erblichkeit anderseits eliminiert werden, wenn die Bedeutung des andern gewürdigt werden solle. Nun gehören bei den Ermittelungen Parkers die Ueberlebenden und die Gestorbenen zu denselben Familiengruppen. Die Erblichkeit könne aber sowohl Tod der Säuglinge, als schlechten Ernährungszustand der Ueberlebenden bedingen, obwohl das Milieu tadellos sei. Wichtiger sei deshalb der Nachweis, daß die größten Familien am meisten leiden — ein Punkt, der auf eine gemeinsame, auf ökonomischem Gebiet gelegene Ursache hinweise. Dr. Mayer-Simmern.

---

2. Schulhygiene.

Ueber die Ursachen des Schwachsinns unserer Hilfsschüler. Von Kreisarzt Dr. Hillenberg-Zeitz. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1913, Nr. 7.

Das Material, daß Verfasser von dem Leiter der dortigen Hilfsschule zur Verfügung gestellt wurde, bezieht sich auf 159 Kinder, über deren oder ihrer Eltern Vorleben genauere Daten zu erhalten waren. Bei 15,7% ließen sich keine ursächlichen Momente auffinden, bei 55 Kindern handelte es sich um einen Komplex von Ursachen, bei 79 konnte nur ein greifbares ätiologisches Moment festgestellt werden. Bei den endogenen Ursachen handelte es sich

meist um Nerven- oder Geisteskrankheiten bei den Eltern und zwar mit Ueberwiegen des mütterlichen Anteils. Elterlicher Alkoholmißbrauch spielt nur eine untergeordnete Rolle (4 Fälle); Verfasser schiebt die auf die verhältnismäßige Nüchternheit der dortigen Bevölkerung. Bei den exogenen Ursachen findet sich bei fast einem Viertel der Kinder (44) schwere, langdauernde, mit großer Erschöpfung bezw. Tod der Mutter endigende Geburt verzeichnet; die Störung der Blutzirkulation und der Ernährung des Gehirns ist hier das schädigende Moment. Auch die engliche Krankheit in ihrem schweren Auftreten war als Ursache des Schwachsinns bei 43 Kindern nachzuweisen; 22 mal war die Rachitis als die alleinige Ursache anzusehen. Verfasser wünscht die Aufmerksamkeit der Aerzte auf diese ursächlichen Momente hinzulenken, da gerade hier Beeinflussung möglich ist. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Die Verhütung von Kurzsichtigkeit. Von Dr. L. Hirsch-Berlin. Die Hygiene; 1913, Nr. 10.

Die Hauptaufgabe der Prophylaxe muß immer der Schul- und Lehrzeit zufallen, weil eine noch später sich entwickelnde Kurzsichtigkeit in der Regel unbedenklich bleibt. Da Kinder kurzsichtiger Eltern der Gefahr, kurzsichtig zu werden, doppelt so stark ausgesetzt sind wie die Kinder Normalsichtiger, empfiehlt sich für sie ein besonderes Vorbeugungsmittel. Verfasser verordnet seit einigen Jahren in solchen Fällen Konvexbrillen auf Grund der Tatsache, daß dadurch die Funktionen, deren das Auge zur Nahearbeit bedarf und deren Häufung Kurzsichtigkeit hervorruft, zum größten Teil ausgeschaltet werden. Doch ist die Beobachtungsreihe noch zu klein, um sichere Schlüsse zu gestatten.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber Augenuntersuchungen bei Schulkindern. Von Dr. Gastpar, Schularzt in Stuttgart. Münchener med. Wochenschr.; 1913, S. 647.

Gastpar weist auf den Einfluß der verschiedenen Beleuchtung auf den Erfolg der Augenuntersuchung bei den Schulkindern hin und gibt einen Beleuchtungsapparat an, der bei Stiefenhoofer, München, zu erhalten ist. Das Wesentliche des Apparates ist die Verbindung der gleichen Lichtquelle mit dem Cohnschen Täfelchen. Dr. Graßl-Kempten.

Soll die Anstellung besonderer Schulaugenärzte empfohlen und angestrebt werden? Von Dr. Moriz Teich, Augenarzt in Wien. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1913, Nr. 6.

Verf. begründet in längeren Ausführungen die Notwendigkeit der Anstellung besonderer Schulaugenärzte, denen er folgenden Pflichtenkreis zuschreibt: 1) Alle neu eintretenden Kinder sind zu untersuchen, das Ergebnis ist in Protokolle einzutragen, in denen zugleich auch notwendige Anträge (Sitzplatz, Körperhaltung, Brillentragen, Spezialarzt) zu notieren sind. Bei normalsichtigen Kindern wird die Untersuchung alle 2 Jahre wiederholt. Kinder, deren Augen beanstandet sind, werden zum Tragen von Brillen angehalten und sind halbjährlich vom Schulaugenarzt zu untersuchen. 2) Die Brillen, die nicht von einem Augenarzt bestimmt sind, hat der Schulaugenarzt nachzuprüfen. 3) Im Einvernehmen mit Lehrer und Schularzt hat der Schulaugenarzt halbjährlich die Klassenzimmer auf ihre Belichtung, die Schüler auf Haltung, Sitzgelegenheit, Schreibmaterialien zu revidieren. Auf Sehstörungen verdächtige Kinder sind hierbei zu untersuchen. 4) Feinere Lichtmessungen müssen dem Schulaugenarzt vertraut sein. 5) Alljährlich ist den Eltern ein leichtverständlicher Vortrag zu halten. 6) Beim Schulaustritt sind den Eltern und Schülern Vorschläge betr. der Berufswahl zu machen.

Die wichtige Frage, ob der Schulaugenarzt auch die Behandlung der erkrankten Kinder übernehmen darf, wünscht Verf. dahin zu entscheiden, daß wenigstens die ambulatorische Behandlung unbemittelter Volksschüler in den Schulen eingeführt würde, da nur hierdurch der massenhaften Verbreitung der skrophulösen Binde- und Hornhauterkrankungen gesteuert werden könne. Bei freier Arztwahl muß jedenfalls auch dem Schulaugenarzt das Recht zur Behandlung der Kinder gesichert werden. Dr. Solbrig-Königsberg.

Schulzahnklinik oder freie Zahnarztwahl. Von Dr. Stephani und Dr. Wimmenauer-Mannheim. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1913, Nr. 4.

Die Verf. wägen die Vorteile und Nachteile der verschiedenen Systeme der Schulzahnpflege gegen einander ab: „der freien Zahnarztwahl nach Mannheimer Vorbild, entsprechend der freien Arztwahl der Krankenversicherung und der Schulzahnklinik, des „starren Systems", der Konzentrierung der Behandlung in einer der Schule angegliederten geschlossenen Anstalt", ohne dabei schon zu einem abschließenden Urteil zu kommen. Im wirtschaftlichen, durchaus berechtigten Interesse der Zahnärzte liegt die freie Arztwahl; was die Kostenfrage anbetrifft, so steht bei einer Gegenüberstellung von Straßburg, Stuttgart (Kliniken) und Mannheim (freie Arztwahl) letztere Stadt in der Mitte. Zu Gunsten der Kliniken nehmen Verf. an, daß dort im allgemeinen bessere Erfolge erzielt werden, weil sich die ganze Arbeit auf die Kinderbehandlung konzentriert, und daß die Kinder selbst in der Kinderzahnklinik schneller Vertrauen und Mut fassen, als im Privatwartezimmer. Für die Schule selbst ist die Wahl des Systems von keiner zu großen Wichtigheit, da weite Wege der Kinder und Schulversäumnisse in keinem Fall zu vermeiden sind; doch ist die Arbeitsbelastung der Schulverwaltung bei einer Klinik geringer, weil die Klinik ihr eigenes Verwaltungspersonal hat. Dr. Solbrig-Königsberg.

Schularzt und Hausarzt. Von Dr. Stephani-Mannheim. Blätter für Volksgesundheitspflege; 1913, Nr. 4.

Der Verf. vergleicht beide Stellungen miteinander. Die vornehmste Aufgabe des Schularztes erblickt er in der Aufklärung der Lehrer sowohl, wie der Eltern über gesundheitliche Fragen, die im Interesse einer späteren Berufsfähigkeit unserer heranwachsenden Generation einsetzen muß. Der Schularzt gleich ob im Haupt- oder Nebenamt, muß die Belehrung über Bedeutung und Tragweite der einzelnen Krankheitszustände ins Volk tragen; er kann dies aber nur tun, wenn er nimmer müde wird, im Einzelfalle am lebenden Beispiel die Eltern aufzuklären. Will man dies dem Schularzt nicht zugestehen, oder will ein Schularzt diese weiteren Bemühungen außerhalb der Schule (vielleicht aus Rücksicht auf seine Kollegen) nicht auf sich nehmen, dann wird man allerdings mit der Laterne nach einem „Erfolg" suchen können; dann verdient der Schularzt nahezu mit Recht den Ruf als unfruchtbarer Statistiker, der ihn jetzt schon leider viel übler beleumdet, als in der Tat berechtigt ist. Ist im allgemeinen festgelegt, daß der Schularzt der Berater für alle gesundheitlichen Fragen sein soll, wird ferner der Umfang der gewünschten Untersuchungen bezw. die Zahl oder die Dauer der Besuche in der Schule festgelegt, ist besonders bestimmt, daß der Schularzt noch der Lehrerschaft jederzeit zur Auskunft zur Verfügung stehen und auch der Fürsorgetätigkeit sein Augenmerk zuwenden muß, dann ist genug gesagt. Weitere Paragraphen sind unnötig und sogar der Lebensfähigkeit und Entwickelung der Institution eher hinderlich wie fördersam. Der freien Vereinbarung zwischen Rektoren und Arzt sollte man die Regelung der Einzelheiten des Dienstes ruhig überlassen. Der Schularzt soll der Schulhygiene in ihrem ganzen Umfange zu ihrem Recht verhelfen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Bedeutung und Wert der schulärztlichen Untersuchungen an Fortbildungsschulen. Von Schularzt Dr. Gettkant-Berlin-Schöneberg. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1913, Nr. 5.

Verfasser hat 1320 Schüler der städtischen Fortbildungsschule in Schöneberg bei Berlin auf ihren Gesundheitszustand untersucht, und unter ihnen 547 = 41,4 v. H. als kräftig, 531 = 40,2 v. H. als mittelkräftig, 242 = 18,3 % als schwächlich befunden. Frei von jeglichen Leiden und Gebrechen waren 418 = 31,6 v. H.; die Ergebnisse der Körperkonstitution im Verhältnis zu den einzelnen Berufsarten sind in Tabellen niedergelegt. Betrachtet man die Häufigkeit der einzelnen Krankheitsgruppen, so fällt die große Zahl der Fälle von Anämie, Drüsenschwellungen und Wirbelsäuleverkrümmungen sofort ins Auge. Erstere sind wohl ein Ausdruck von Unterernährung, bedingt durch die allgemeine Teuerung, letztere — bei denen der „runde Rücken", nicht die

Skeliose, vorherrscht — zeigten sich besonders bei den kräftigsten Leuten, Schlossern, Metallarbeitern und Mechanikern, so daß wohl hier fehlerhafte, nachlässige Haltung bei der Berufsarbeit — Schraubstock! — dafür verantwortlich gemacht werden muß. Das im ganzen wenig erfreuliche Resultat der Untersuchungen veranlaßte den Verfasser, die Einfügung des obligatorischen Turnunterrichts in den Lehrplan der städtischen Fortbildungsschule anzuregen; die Einführung erfolgte am 1. Oktober 1912 in sämtlichen Fachklassen ohne jeden Widerstand, sodaß Schöneberg hiermit bahnbrechend vorangegangen ist.

Verfasser sieht es auch als Aufgabe der Fortbildungsschule an, die jungen Leute aus kleinen Städten und Landgemeinden, denen noch kein Rat bezüglich der Wahl des Berufs erteilt ist, und die sich wegen ihres körperlichen Zustandes für den von ihnen erwählten Beruf nicht eignen, auf möglichst schnellen Wechsel des Berufs hinzuweisen, aus Interesse für den Schüler, sowohl als auch aus öffentlichem Interesse. So waren unter den vom Verfasser Untersuchten mehrere Kellner, Köche, Friseure und Bäcker, die an Lungentuberkulose litten, ein Friseur, der an einer Schuppenflechte erkrankt war, u. a. Solche Ratschläge können aber nur von Erfolg begleitet sein, wenn die ärztliche Untersuchung sofort nach dem Eintritt des Schülers in die Fortbildungsschule erfolgt, — steht der junge Mann bereits im 2. Lehrjahr, ist eine Berufsänderung bedeutend erschwert.

Auch hygienische Aufklärung und Belehrung läßt sich bei ärztlichem Ueberwachungsdienst leicht in der Fortbildungsschule geben; ärztliche Behandlung haben die jungen Leute als Mitglieder von Krankenkassen unentgeltlich.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Ueber die Befreiung vom Turnunterricht an den höheren Schulen in Preußen. Von Prof. Hesse-Saarbrücken. Körper und Geist; 1913, Nr. 23.

Die Dispensationen vom Turnunterricht, auf den die Schulverwaltung mit Recht so hohen Wert legt, nehmen im ganzen, wie auch besonders an vielen einzelnen Anstalten eine Ausdehnung an, die geradezu bedenklich erscheint und nur zweierlei Erklärungen zulassen: entweder werden die Dispensationsatteste der Aerzte mit einer Sorglosigkeit ausgestellt, die nicht zu verantworten ist, oder der Gesundheitszustand unserer Schüler an den höheren Lehranstalten ist ein so trostloser, daß er zu ähnlichen Beorgnissen Anlaß gibt, wie der Geburtenrückgang. Verfasser meint noch heute trotz vieler Gegenbehauptungen, daß der Gesundheitszustand der Schüler an den höheren Lehranstalten nicht so glänzend ist, wie man annehmen sollte. Es ist der intellektuelle Habitus des verschiedenen Schülermaterials am Gymnasium und Oberrealschule, der die üblen Erfolge in den Oberklassen der Gymnasien hervorruft. Es erscheint unumgänglich nötig, das Material zunächst nach einem festen Schema für alle Anstalten Preußens zu ordnen. Man würde daraus sofort einen Ueberblick über eine ganze Schülergeneration gewinnen, der wertvoll ist. Nur das Statistische Landesamt ist in der Lage, eine solche Arbeit auszuführen; die Fragekarte muß von einem sachverständigen Arzte ausgearbeitet werden.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Schulärztliche Tätigkeit an höheren Schulen mit besonderer Berücksichtigung psychiatrischer Beobachtungen. Von Dr. Helene Friederike Stelzner. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1913, Nr. 18.

Die Schulhygiene steht sowohl was Theorie wie Praxis anlangt, heute im Fluß. Es fragt sich, ob auch höhere Schulen schulärztlich versorgt werden müssen, da die Tätigkeit des Arztes in den Gemeindeschulen viel mehr in die Augen springt. Dort hat der Arzt seine Untersuchungen einzurichten für Ferienkolonien, Lungenheilstätten, Kinder-Sanatorien, Nebenklassen, Hilfsschulen usw. Wie steht es mit der höheren Schule?

Auch hier zeigt sich, daß die Arztstelle keine Sinekure ist; denn die ärztliche Tätigkeit hat sich sowohl mit der Hygiene des Hauses, als mit der Hygiene der Schüler zu befassen. Die Eltern sehen ihre Kinder frühmorgens vielleicht frisch zur Schule gehen; schon nach zwei Stunden können sie aber ein Bild der Erschöpfung bieten. Die Kinder schlafen zu wenig; die Arbeiten werden vermehrt durch Musik-, Tanzstunden usw., durch Geselligkeit, Lektüre.

Hier ist Aufklärung dringend am Platze; ja es scheint, als ob der beste und ausgiebigste Schlaf nicht ausreicht, um soviel Vorratskräfte zu schaffen, wie in sechs aufeinanderfolgenden Stunden verausgabt werden. Das erste Frühstück wird meist in viel zu großer Hetze und infolgedessen meist in ungenügender Weise eingenommen. Es entsteht dadurch eine Ueberhungerung, ein Widerwille gegen die Mahlzeit, wodurch die Erschöpfungszustände nur gemehrt werden.

Im Sommer kommt außerdem häufig Anämie hinzu, die vielleicht mit der Schwimm- und Badeperiode zusammenhängt, wenn die Kinder zu lange im Wasser bleiben.

Verfasserin hat von 4500 Schülerinnen 2300 untersucht; bei zirka 1400 erhielten die Eltern schulärztliche Mitteilungen über ein mangelhaftes körperliches Befinden des Kindes, und darauf hin erst setzte die ärztliche Behandlung ein.

Am wichtigsten ist die Untersuchung der neueingetretenen Kinder, die bei uns viel zu früh in die Schule kommen und infolgedessen noch nicht das leisten können, was von ihnen gefordert wird, vor allen Dingen bei stark besetzten Klassen. Es fallen in den höheren Schulen auf: leicht schwachsinnige, ferner schulunreife und endlich psycho-neuropathische Kinder.

Für die Schulärzte liegt ein großes Feld der Tätigkeit in der Beratung der im Entwickelungsalter stehenden Schülerinnen, denn gerade in jenen Jahren wird oft ein Grund zur Hysterie gelegt. Häufig sollte in den Pubertätsjahren der Unterricht auf längere Zeit unterbrochen werden; beim weiblichen Geschlecht läßt sich dies allerdings nicht leichter durchführen, wie Cramer behauptet; denn die Frau braucht für den Lebenskampf dieselben Waffen wie der Mann.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Die Stellung der höheren Schulen zur Aufklärung ihrer Schüler über sexuelle Fragen. Von Dr. Wilker-Jena. Zeitschrift f. Schulgesundheitspflege; 1913, Nr. 7.

Die Aufforderung einer Guttemplerloge an die Schulleitung eines Gymnasiums, Dr. Poperts Vortrag: „Was will unsere Zeit von der deutschen Studentenschaft?“ an die Abiturienten zu verteilen, wurde abgelehnt mit der Begründung, „daß an einigen Stellen, die das Geschlechtsleben berühren, Anstoß zu nehmen sei“. Verfasser geht diese Stellen durch, um festzustellen, daß die betreffenden Auslassungen sicher gelesen werden dürfen von jungen Leuten, die ins Leben treten. Angesichts der Tatsachen, die Rohleder und Finger über den sexuellen Verkehr der Jugendlichen festgestellt haben (daß nämlich bei 40—80 % der Jugendlichen der erste Geschlechtsverkehr im Alter von 16—18 Jahren stattfindet), ist die Ablehnung einer Schule, mit ihren abgehenden Schülern sexuelle Fragen zu besprechen, ein „bedauerliches Zeichen dafür, daß sie ihre größten Aufgaben verkennt“. Die Verteilung aufklärender Schriften kann jedoch nur wirksam gemacht werden durch eine Besprechung seitens der Lehrer oder der Schulleiter. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Die Sexualpädagogik in ihrer Beziehung zur Schule. Von Dr. Doell-Passau. Internat. Archiv f. Schulhygiene; 1913, Bd. I.

1. Die Sexualhygiene stellt kein Sondergebiet, sondern einen integrierenden Bestandteil der Gesamterziehung dar; sie ist demnach jedem der beiden Erziehungsfaktoren, Elternhaus und Schule, verpflichtet, innerhalb dieses Rahmens die sexualhygienische und sexualsittliche Aufgabe auf seine Weise zu lösen. 2. Bei zielbewußter Verbindung der sexualpädagogischen Forderung mit den Aufgaben der Gesamterziehung kann die Schule die sexualsittliche Gesundheit in hervorragendem Maße fördern; unter den gegenwärtigen Verhältnissen wird sie bei der Mehrzahl der Schüler der allein wirksame Faktor. 3. Die geschlechtliche Erziehung darf niemals unter dem engen Gesichtswinkel der Sexualpädagogik betätigt werden, sondern muß auf den allgemeinen Gesetzen der Hygiene bezw. der sittlichen und geistigen Förderung beruhen. 4. Daher sind klassenweise, systematisch organisierte Unterweisungen abzulehnen. 5. Erfolgreiche Arbeit der Schule bedingt die Ausbildung der gesamten Lehrerschaft in der Schul- und Geschlechtshygiene. 6. Die hygienische Vorbildung der Lehrer schließt den ärztlichen Beirat nicht aus; die Mitarbeit des Arztes bildet eine notwendige Ergänzung der pädagogischen Tätigkeit des Lehrers. 7. Die

prophylaktische Einwirkung bei Masturbation kann zielsicher von langer Hand unter dem Gesichtspunkt der allgemeinen Hygiene erfolgen. 8. Bei förmlichen Epidemien verdient eine taktvolle aufklärende Belehrung der Klasse den Vorzug vor dem jetzigen System. 9. Die vorgeschlagene Verlegung der Abiturientenvorträge in niedrigere Klassen, etwa in die 6. Klasse, ist abzulehnen; Ersatz muß die Gesamterziehung bieten. 10. Ein gewisses Maß von Kenntnissen bezüglich der Fortpflanzung und Erhaltung der Art ist schon in den mittleren Klassen zur Verhütung ausschweifender Vorstellung notwendig. Abiturientenvorträge sind trotz gewisser Modifikationen ihres ursprünglich gedachten Nutzens immer noch von nicht zu unterschätzendem Werte, doch müssen sie unter allen Umständen vor Bekanntgabe der Prüfungsergebnisse gehalten werden. Elternabende erscheinen theoretisch als ein vorzügliches Mittel die Erziehungsberechtigten mit den sexuellen Fragen vertraut zu machen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Statistische Untersuchungen aus der Lehrerbildungsanstalt und Uebungsschule in Salzburg. Von Dr. Heller. Internat. Archiv f. Schulhygiene; 1913, H. 2.

Die dreijährigen Untersuchungen an 900 Schülern ergaben für Salzburg folgende Resultate:

1. Die Gewichtszunahme steht im umgekehrten Verhältnis zum Größenwachstum, indem eine bedeutende Gewichtszunahme zwischen dem 8 und 9. und 10. und 11. Lebensjahre stattfindet, also in den Jahren, in denen das Wachstum geringer ist. Auch zwischen dem 16. und 19. Lebensjahr sieht man bedeutendere Gewichtszunahmen erst dann auftreten, wenn das Wachstum fast vollendet ist.

2. Die Zunahme der Elastizitätsgrenze des Brustkorbes steigt zwischen dem 7. und 11. Lebensjahr. Sie beträgt im 7. Jahre 3 cm, im 11. Jahre 9 cm. Zwischen dem 16. und 19. Lebensjahre fällt die Zunahme. Sie beträgt im 16. Jahre 10 cm, im 19. Jahre 8,5 cm.

3. Es zeigt sich übereinstimmend nach den Messungen und Wägungen von Quetelet, Camerer und dem Verfasser, daß die durchschnittliche Jahreszunahme sowohl an Gewicht, wie an Größe nach allen drei Erfahrungen eine ziemlich gleiche ist, nur daß die einzelnen Wachstumperioden nach Rasse und Klima verschieden sind.

4. Durch die Jugendwanderung werden Zunahmen an Gewicht und Brustumfang erzielt, die das normale Wachstum weit überschreiten; man besitzt darin ein Mittel, den jugendlichen Organismus vor Schädigungen zu bewahren. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber die Notwendigkeit eines besonderen Hygiene-Unterrichts in den Volksschulen. Von Dr. Henneberg-Magdeburg. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1913, Nr. 3.

Der Antrag der Magdeburger Schulärzte auf Einführung besonderer Unterrichtsstunden für Hygiene in den Volksschulen ist abgelehnt worden mit der Begründung, daß die gelegentlichen hygienischen Unterweisungen durch die Lehrer vollauf genügten. Verf. veröffentlicht nun die Beobachtungen an den Knabenvolksschulen, die die Schulärzte zu der Schlußfolgerung führten, daß die bisherige Unterweisung nicht ausreiche: Von 700 Knaben spülten 474 höchst selten den Mund, 535 hatten keine Zahnbürste; sie waren also offensichtlich von der Notwendigkeit einer Mund- und Zahnhygiene durchaus nicht überzeugt. 312 Knaben badeten im Winter nie, 571 konnten nicht schwimmen, 153 kämmten sich nie „weil sie kurze Haare hatten", 180 Knaben hatten an dem Kontrolltage kein Taschentuch bei sich, bei 479 wurde nur einmal wöchentlich der Anzug gesäubert — alles Beweise, daß die Pflege des Körpers in bedauerlichster Weise durch Unverstand vernachlässigt wird. Ein hygienischer Unterricht müßte sich auch erstrecken auf die zweckmäßige Ernährung, die in ihrer bisherigen Mangelhaftigkeit zwar oft auf große Bedürftigkeit, ebenso oft aber auf Unwissenheit und Bequemlichkeit zurückzuführen ist. Die Hygiene des Schlafes — Ueberfüllung und schlechte Luft der Schlafräume und zu kurze Schlafzeit —, die Hygiene der Kleidung, der Augen, der

Nerven, alles gehört in den Hygiene-Unterricht, dessen Aufnahme in die Schule „einfach eine patriotische Pflicht, dessen Unterlassung aber als ein nationalgefährlicher Bildungsdefekt" zu bezeichnen ist.

Dr. Solbrig-Königsberg.

Schulstrafen und Schuleinrichtungen. Von Prof. Kemsies-Waidmannslust bei Berlin. Zeitschrift f. Schulgesundheitspflege; 1913, Nr. 5.

Verf. hat sich der Mühe unterzogen, die Schulstrafen aus den fünf unteren Klassen einer Realanstalt aus einem 24 Schulwochen umfassenden Wintersemester aus den Klassenbüchern zusammenzustellen, und zieht daraus seine Schlüsse. Im ganzen bilden 785 Strafen bei 140 Schülern, also 5,5 durchschnittlich für jeden, die Unterlage seines Versuchs. Den häufigsten Anlaß zu Strafen, nämlich 43,9%, gab die Unaufmerksamkeit, die nicht selten eine reine Ermüdungserscheinung ist; darauf folgt der Unfleiß mit 26,3%. Im Durchschnitt sämtlicher Klassen waren 34,5% „tadelfreie Musterschüler"; 49,5% waren selten und öfter Bestrafte, bei denen aber die Strafe doch von Erfolg begleitet war, während 16% als die Rückfälligen, die Sorgenkinder von Schule und Elternhaus bezeichnet werden, denen es eben nie gelingt, die Forderungen der Schule zu erfüllen. Die Aufeinanderfolge der Strafen erreicht in der Mitte des Vierteljahrs ihren Höhepunkt, also in der Zeit, wo die kräftigende Wirkung der Ferien schon abzunehmen beginnt und die Arbeit in vollstem Fluß ist, während in den Schlußwochen, wo ein Gefühl der Erschlaffung bei Lehrern und Schülern eintritt und die Strafen als Stimulans nicht mehr angezeigt erscheinen, die Zahl der Strafen wieder abnimmt. Denselben Verlauf der Strafenkurve zeigt jede einzelne Woche, indem die mittleren Tage am höchsten mit Strafen belastet sind.

Verf. macht darauf aufmerksam, daß die Rückfälligkeit eines Schülers, die heute als strafverschärfend gilt, doch wohl eher das Produkt einer äußeren oder inneren Notlage sei; die schweren Strafen auf die „rückfälligen Sorgenkinder" wirkten demzufolge wie Hiebe auf dem Rücken eines überlasteten Vierfüßlers, die nur eine momentane Ueberanstrengung bewirken, der bald ein völliges Nachlassen folgt. Dr. Solbrig-Königsberg.

---

3. Jugendfürsorge.

Ueber militärische Körpererziehung im Alter der schulentlassenen Jugend. Von Regts.-Arzt Dr. W. Kulka-Wien. Archiv f. soziale Hygiene; Bd. VIII, H. 1.

Eine Einwirkung der straffen körperlichen Uebung, wie sie in den militärischen Erziehungsanstalten gehandhabt wird, ist, wie zu erwarten war, auch objektiv festzustellen, soweit es eben zahlenmäßige Ergebnisse vermögen. Zunächst, daß sich die Entwicklung dieser Zöglinge gleichfalls nach den bisher aufgefundenen Wachstumsnormen völlig analog vollzog. Von einer Störung, einem Zurückbleiben war trotz der oft großen körperlichen Anforderungen keine Rede. Wohl aber zeigten sich manche direkt objektiv zutage tretende günstige Erscheinungen: schlanker Wuchs, stark erweiterungsfähige breite Brust bei entsprechendem Körpergewicht mit guter Muskulatur und geringem Fettansatz sind die deutlich erkennbaren, wohl beachtenswerten Resultate dieser Erziehung. Sie sind vielleicht geeignet, jenen Faktoren, denen die Sorge um die körperliche Erziehung der schulentlassenen Jugend, ohne deren geistige zu vernachlässigen, am Herzen liegt, in mancher Beziehung als Anhaltspunkte zu dienen. Auch die physische Ertüchtigung einer Nation gehört mit zu den Sicherungen für die Zukunft des Staates.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

4. Fürsorgeerziehung.

Arzt und Jugendfürsorge. Von Landgerichtsrat Rupprecht-München. Münchener med. Wochenschr.; 1913, S. 2465.

Der auf dem Gebiete der Jugendfürsorge rühmlichst bekannte Verfasser tritt für eine systematische Beaufsichtigung der etwa 100 in Bayern vorhandenen Zwangserziehungsanstalten ein. Es müßte ein Arzt und eine Aerztin von Landes wegen aufgestellt werden. Neben medizinischen und psychiatrischen

prophylaktische Einwirkung bei Masturbation kann zielsicher von langer Hand unter dem Gesichtspunkt der allgemeinen Hygiene erfolgen. 8. Bei förmlichen Epidemien verdient eine taktvolle aufklärende Belehrung der Klasse den Vorzug vor dem jetzigen System. 9. Die vorgeschlagene Verlegung der Abiturientenvorträge in niedrigere Klassen, etwa in die 6. Klasse, ist abzulehnen; Ersatz muß die Gesamterziehung bieten. 10. Ein gewisses Maß von Kenntnissen bezüglich der Fortpflanzung und Erhaltung der Art ist schon in den mittleren Klassen zur Verhütung ausschweifender Vorstellung notwendig. Abiturientenvorträge sind trotz gewisser Modifikationen ihres ursprünglich gedachten Nutzens immer noch von nicht zu unterschätzendem Werte, doch müssen sie unter allen Umständen vor Bekanntgabe der Prüfungsergebnisse gehalten werden. Elternabende erscheinen theoretisch als ein vorzügliches Mittel die Erziehungsberechtigten mit den sexuellen Fragen vertraut zu machen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Statistische Untersuchungen aus der Lehrerbildungsanstalt und Uebungsschule in Salzburg. Von Dr. Heller. Internat. Archiv f. Schulhygiene; 1913, H. 2.

Die dreijährigen Untersuchungen an 900 Schülern ergaben für Salzburg folgende Resultate:

1. Die Gewichtszunahme steht im umgekehrten Verhältnis zum Größenwachstum, indem eine bedeutende Gewichtszunahme zwischen dem 8 und 9. und 10. und 11. Lebensjahre stattfindet, also in den Jahren, in denen das Wachstum geringer ist. Auch zwischen dem 16. und 19. Lebensjahr sieht man bedeutendere Gewichtszunahmen erst dann auftreten, wenn das Wachstum fast vollendet ist.

2. Die Zunahme der Elastizitätsgrenze des Brustkorbes steigt zwischen dem 7. und 11. Lebensjahr. Sie beträgt im 7. Jahre 3 cm, im 11. Jahre 9 cm. Zwischen dem 16. und 19. Lebensjahre fällt die Zunahme. Sie beträgt im 16. Jahre 10 cm, im 19. Jahre 8,5 cm.

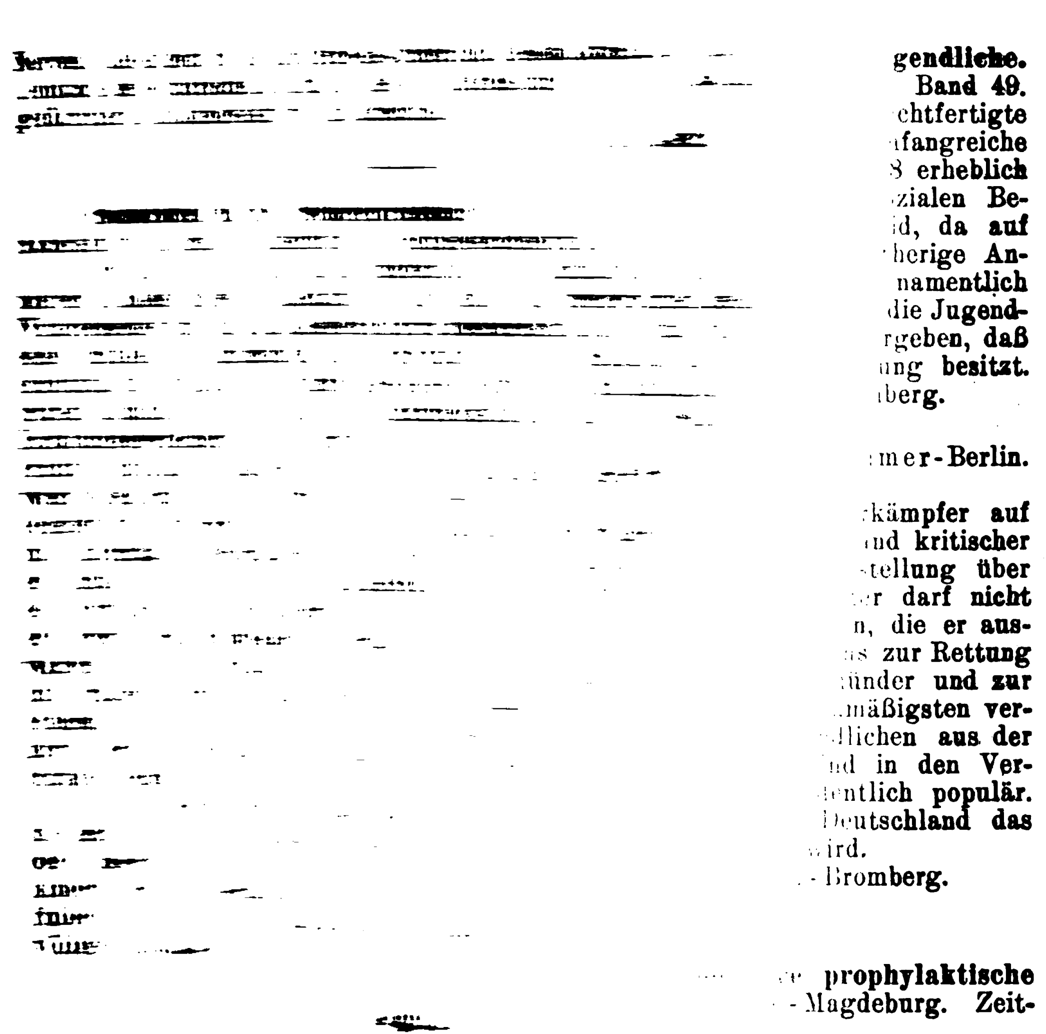
3. Es zeigt sich übereinstimmend nach den Messungen und Wägungen von Quetelet, Camerer und dem Verfasser, daß die durchschnittliche Jahreszunahme sowohl an Gewicht, wie an Größe nach allen drei Erfahrungen eine ziemlich gleiche ist, nur daß die einzelnen Wachstumperioden nach Rasse und Klima verschieden sind.

4. Durch die Jugendwanderung werden Zunahmen an Gewicht und Brustumfang erzielt, die das normale Wachstum weit überschreiten; man besitzt darin ein Mittel, den jugendlichen Organismus vor Schädigungen zu bewahren.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber die Notwendigkeit eines besonderen Hygiene-Unterrichts in den Volksschulen. Von Dr. Henneberg-Magdeburg. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1913, Nr. 3.

Der Antrag der Magdeburger Schulärzte auf Einführung [illegible] Unterrichtsstunden für Hygiene in den Volksschulen ist abgelehnt wo[illegible] der Begründung, daß die gelegentlichen hygienischen Unterweisungen [illegible] die Lehrer vollauf genügten. Verf. veröffentlicht nun die Beobachtu[illegible] den Knabenvolksschulen, die die Schulärzte zu der Schlußfolgerun[illegible] daß die bisherige Unterweisung nicht ausreiche: Von 700 Knabe[illegible] 474 höchst selten den Mund, 535 hatten keine Zahnbürste; sie waren [illegible] offensichtlich von der Notwendigkeit einer Mund- und Zahnhygiene [illegible] nicht überzeugt. 312 Knaben badeten im Winter nie, 571 konnte[illegible] schwimmen, 153 kämmten sich nie „weil sie kurze Haare hatten", 180 [illegible] hatten an dem Kontrolltage kein Taschentuch bei sich, bei 479 [illegible] einmal wöchentlich der Anzug gesäubert — alles Beweise, daß die [illegible] Körpers in bedauerlichster Weise durch Unverstand vernachlässigt [illegible] hygienischer Unterricht müßte sich auch erstrecken auf die [illegible] nährung, die in ihrer bisherigen Mangelhaftigkeit zwar oft auf [illegible] keit, ebenso oft aber auf Unwissenheit und Bequemlichkeit [illegible] ist. Die Hygiene des Schlafes — Ueberfüllung und schlechte [illegible] räume und zu kurze Schlafzeit —, die Hygiene der Kleidung [illegible]



gendliche.
Band 49.
chtfertigte
ıfangreiche
8 erheblich
zialen Be-
id, da auf
herige An-
namentlich
die Jugend-
rgeben, daß
ung besitzt.
berg.

mer-Berlin.

kämpfer auf
und kritischer
tellung über
er darf nicht
n, die er aus-
as zur Rettung
ünder und zur
mäßigsten ver-
llichen aus der
nd in den Ver-
entlich populär.
Deutschland das
wird.
- Bromberg.

prophylaktische
- Magdeburg. Zeit-

voll und ganz, die
hier nicht der richtige
en entbehrt werden, weil
endung jener Kriech-
mehr in solchen Kursen
ebungen an, sondern auf
Reichhaltigkeit schon um
wechselung zu bieten, und
selbst und an den Kursen zu
jedes Schnelle bei den ein-
genug kann man die Skoliosen
meist vor der Schule gelegt
nicht etwa bis zum Schul-
kehrt sein.
Dr. Wolf-Witzenhausen.

...richten.

...herweise noch der Friede zwischen
unter Beteiligung des Staatssekretärs
Landwirtschaft, des Innern und für
...nz von beiderseitigen Vertretern zu-
troffenen Vereinbarungen die inzwischen
...n Aerzteorganisationen, als Krankenkassen-
... allen Wünschen und Forderungen der
doch ein großer Teil davon erfüllt sein; vor
...te und Genugtuung zu bezeichnen, daß die

Kenntnissen müßten diese Landesfürsorgeärzte auch pädagogische Kenntnisse haben. Dr. Graßl-Kempten.

Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. Von Oberarzt Dr. Mönkemöller-Hildesheim. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 70. Band, Heft 5.

Die Fürsorgeerziehung stellt die erste Station des Kriegs- und Leidensweges geistiger Unzulänglichkeit dar. Da hier die Verhältnisse noch leidlich übersichtlich sind, da Erhebungen noch leicht angestellt werden können, ist es ein dringendes Gebot, über den Geisteszustand derer volle Klarheit zu schaffen, die sich später immer wieder mit den Geboten des sozialen Zusammenlebens überwerfen. Ist der Status einmal festgelegt, dann müßte er in jedem Falle, in dem diese Stiefkinder des Schicksals die Konsequenzen über Konflikte mit einem geordneten Staatsmechanismus zu büßen haben, die Entscheidung über ihren Verbleib erleichtern. Haben sie in ihrer Anstaltslaufbahn den zwingenden Beweis für ihre soziale Minderwertigkeit erbracht, dann sollte man es sich doppelt und dreifach überlegen, ob man sie überhaupt wieder ins Leben hinausstoßen darf; denn schon jetzt erlaubt die psychiatrische Beobachtung bei einzelnen ein sicheres Urteil darüber. Nach ewigen Konflikten mit den Gesetzen, nach einer chronischen Schädigung der Allgemeinheit werden sie schließlich doch in einer der Aufbewahrungsstätten sozialen Krüppeltums stranden. Da fragt es sich, ob man ihnen nicht gleich den Platz anweist, der ihrer Leistungsunfähigkeit entspricht. Man kann wenigstens bei vielen von ihnen durch eine rechtzeitige Entmündigung ihrem Leben eine geordnetere Gestaltung verleihen und den asozialen Aktionsradius verkürzen.

Zur Zeit fehlt uns aber noch oft die Möglichkeit, sie unterzubringen, wenn auch manche sicherlich sofort mit gutem Gewissen der Irrenanstalt überwiesen werden können. Wenn uns dereinst die Zwischenanstalten zur Verfügung stehen werden, dann brauchen manche Abiturienten der Fürsorgeerziehung nicht mehr den Befähigungsnachweis zu erbringen, der ihnen jene Anstalten erschließt.

Außerdem muß noch mehr geschehen, um das große Publikum über den gewaltigen psychopathologischen Kern aufzuklären, der in der Fürsorgeerziehung steckt; denn sie hat noch immer gegen ein Heer von Vorurteilen zu kämpfen. Kommt es einmal dem Laien zum Bewußtsein, daß so vieles, was ihm hier unverständlich erscheint, in der geistigen Minderwertigkeit seine Wurzel hat, dann wird er eher zum Verständnis und zur Mitarbeit an diesem bedeutungsvollen Werke erzogen.

Es ist eine Fülle von Aufgaben, die dem Psychiater auf diesem Gebiete erwächst. Je mehr es ihm gelingt, hier Fuß zu fassen, je mehr er das ganze Erziehungswerk mit psychiatrischem Geiste durchtränkt, je mehr er vor allem die Gewalten, die diesen Kampf gegen den Asozialismus kämpfen, mit Verständnis für seine Ziele erfüllt, um so mehr wird er der Allgemeinheit nützen.

Dr. Többen-Münster.

Unsere Entlassenen. Von G. Nitzsche in Chemnitz-Altendorf. Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger; 1903, Nr. 3.

Durch die Arbeit der Erziehungsanstalt ist der Schwachsinnige auf eine höhere Entwicklungsstufe gehoben worden; ihn darauf zu erhalten und ihn zeitlebens vor körperlichem, geistigem und moralischem Niedergange möglichst zu bewahren, ist die Aufgabe der Entlassenen-Fürsorge; dieselbe ist volkswirtschaftlich nötig, ohne sie ist die Erziehungsarbeit an den Schwachsinnigen vergeblich geleistet worden, sie wäre Danaidenarbeit gewesen. Die Kontrolle der Entlassenen durch ihre Vertrauenspersonen darf von Anfang an sowohl seitens der Entlassenen selbst, als ihrer Angehörigen nicht als Belästigung empfunden werden. Die erteilten Ratschläge finden Gehör, wenn Angehörige und Entlassene sehen, daß man es gut meint und in gewissen Fällen auch nicht immer mit leeren Händen kommt. Die von der Unterstützungskasse gewährte bare Unterstützung öffnet der Vertrauensperson oft rasch Herz und Tür, wo erst unverständiges Widerstreben besonders bei den Angehörigen zutage tritt. Die moralische Unterstützung genügt nämlich nicht in allen Fällen; die Fürsorge muß auch die augenblickliche Not zu lindern vermögen — ohne Inanspruchnahme der öffentlichen Armenpflege.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die bedingte Begnadigung im Strafverfahren gegen Jugendliche. Von Carl Rupprecht, Staatsanwalt am Jugendgericht München. **Band 49.**

Die aus humanen wie sozialen Gründen gleichmäßig gerechtfertigte **Wohltat** der bedingten Begnadigung findet in Bayern seit 1896 umfangreiche Anwendung. Die Zahl der bedingten Begnadigungen stieg 1907—08 erheblich an infolge eines Min.-Erlasses, der sie wegen ihrer großen sozialen Bedeutung besonders befürwortete, fiel aber 1909—10 fast ebenso rapid, da auf den Landtagsverhandlungen große Bedenken gegen ihre allzuweitherige Anwendung erhoben wurden. Die statistischen Zusammenstellungen, namentlich der Jugendgerichtshöfe München und Nürnberg, in welchen Städten die Jugendgerichtshilfe sehr gut ausgebildet ist und intensive Arbeit leistet, ergeben, daß die Bewährung im Jugendstrafverfahren hohe erzieherische Bedeutung besitzt.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Altes und Neues über Jugendgerichte. Von Georg Stammer-Berlin. Band 49.

Verfasser, der bereits seit einer Reihe von Jahren als Vorkämpfer auf dem Gebiete der Jugendgerichte bekannt ist, gibt uns an der Hand kritischer Auslassungen von Theodore Roosefelt eine kurze Zusammenstellung über die Tätigkeit amerikanischer Jugendgerichte. „Der Jugendrichter darf nicht in erster Linie Strafrichter sein, das ist erst die letzte Funktion, die er auszuüben hat. Wichtiger ist, daß er zum Richter darüber wird, was zur Rettung der Jugendlichen, zur Zurechtweisung der Eltern bezw. Vormünder und zur Bewahrung der Oeffentlichkeit vor Verbrechenstaten am zweckmäßigsten veranlaßt werden kann". Sehr oft ist die Entfernung von Jugendlichen aus der Familie ein Gebot der Notwendigkeit. Die Jugendgerichte sind in den Vereinigten Staaten wegen ihrer segensreichen Wirkung außerordentlich populär. Es ist wünschenswert, ja notwendig, daß auch bei uns in Deutschland das System der Jugendgerichte noch erheblich weiter ausgebaut wird.

Dr. v. Mach-Bromberg.

---

5. Krüppelfürsorge.

Die Sonderturnkurse in den Schulen und ihre prophylaktische Bedeutung in der Krüppelfürsorge. Von Dr. Blencke-Magdeburg. Zeitschrift für Krüppelfürsorge; Bd. VI, H. 1.

Die Haltungsübungen genügen für unsere Zwecke voll und ganz, die Kriechübungen, über deren sonstigen Wert zu streiten hier nicht der richtige Platz ist, können ganz gut in unseren Sonderturnkursen entbehrt werden, weil Versteifungen der Wirbelsäule, die eventuell die Anwendung jener Kriechübungen notwendig machen könnten, keine Aufnahme mehr in solchen Kursen finden sollen. Es kommt nicht auf die Menge der Uebungen an, sondern auf ihre exakte Ausführung, wenn auch eine gewisse Reichhaltigkeit schon um deswillen erwünscht ist, den Kindern mehr Abwechselung zu bieten, und ihnen so durch diese die Freude an den Uebungen selbst und an den Kursen zu erhalten. Vor allen Dingen ist jedes Hasten und jedes Schnelle bei den einzelnen Uebungen zu vermeiden. Nicht frühzeitig genug kann man die Skoliosen in Behandlung nehmen; da ja ihr Keim schon meist vor der Schule gelegt ist, nun so darf man den Beginn der Behandlung nicht etwa bis zum Schulbeginn hinausschieben, das dürfte entschieden verkehrt sein.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Tagesnachrichten.

Kurz vor Schluß des Jahres ist erfreulicherweise noch der Friede zwischen den **Aerzten und Krankenkassen** in einer unter Beteiligung des Staatssekretärs des Innern, der preußischen Minister für Landwirtschaft, des Innern und für Handel am 23. v. M. abgehaltenen Konferenz von beiderseitigen Vertretern zustande gekommen. Wenn die hier getroffenen Vereinbarungen die inzwischen sowohl von den in Betracht kommenden Aerzteorganisationen, als Krankenkassenverbänden genehmigt sind, auch nicht allen Wünschen und Forderungen der Aerzte Rechnung tragen, so dürfte doch ein großer Teil davon erfüllt sein; vor allem ist es mit besonderer Freude und Genugtuung zu bezeichnen, daß die

Vereinbarungen für zehn Jahre gelten sollen und damit ein langjähriger Friede zwischen Aerzten und Krankenkassen gesichert erscheint.

In den letzten Zeiten hat die Frage der **Apothekenbesichtigungen in Preußen** wieder einmal den Gegenstand lebhafter Erörterungen in der pharmazeutischen Fachpresse, besonders in der pharmazeutischen Zeitung, gebildet, bei denen lebhafte Klagen über angeblich ganz unberechtigte und kleinliche Beanstandungen, namentlich seitens der Regierungs- und Medizinalräte, erhoben wurden und sogar der Vorschlag gemacht wurde, alle derartige Beanstandungen an einer Stelle zu sammeln und zu veröffentlichen, um ihre Kleinlichkeit darzulegen. Diese Erörterungen haben anscheinend dem Herrn Polizeipräsidenten in Berlin Anlaß zu der nachstehenden Zuschrift vom 11. Dezember 1913 gegeben, mit deren Inhalt man sich in allen Punkten einverstanden erklären kann. Sie lautet:

„Seit einiger Zeit bringen die pharmazeutischen Fachzeitschriften mehrfach Aufsätze oder Berichte aus Versammlungen, die sich mit der Frage der Apothekenbesichtigung beschäftigen und auch Klagen über angeblich unberechtigte oder kleinliche Beanstandungen enthalten.

Um der Oeffentlichkeit eine Handhabe zu bieten, die Verhältnisse gerechter zu beurteilen, erkläre ich zunächst, daß mir amtlich keine Beschwerden bekannt geworden sind, welche die vorbezeichneten Klagen begründet erscheinen ließen. Da die Auslassungen ferner offenbar vielfach hiesige Vorkommnisse betreffen, erkläre ich mich weiterhin bereit, die Veröffentlichung des ganzen Besichtigungsbescheides oder weiterer Teile desselben in Erwägung zu ziehen, falls mir fortan öffentliche Klagen über einzelne Beanstandungen bei Besichtigung von Apotheken hierzu Anlaß bieten. Hierdurch könnte auch der Beweis erbracht werden, daß Anlaß zu vielen Beanstandungen und entsprechenden Bescheiden nicht, wie wohl angegeben wird, erst in der letzten Zeit, sondern auch z. B. schon damals gefunden wurde, als der Verfasser des Aufsatzes „Apothenrevisionswesen" in der „Pharmazeutischen Zeitung" vom 3. d. M. Nr. 97 hier noch Apothekenbesitzer war."

Die beste Antwort auf die erhobenen Klagen würde zweifellos die hier in Aussicht genommene amtliche Veröffentlichung der Besichtigungsbescheide sein, damit sich jeder — nicht bloß die Apothekenbesitzer — ein Urteil darüber bilden kann, inwieweit die gemachten Beanstandungen und damit jene Klagen gerechtfertigt sind oder nicht. Ob aber gerade diejenigen Apotheker, von denen die Klagen besonders ausgehen, mit diesem Verfahren einverstanden sind, dürfte sehr zweifelhaft sein.

Die neue **deutsche Arzneitaxe** für **1914** bringt diesmal etwas mehr Aenderungen als im Vorjahre, die sich teils als Erhöhungen, teils als Ermäßigungen darstellen; von einer grundlegenden und wesentlichen Erhöhung der Arzneitaxe, wie sie vorher in der Tagespresse angekündigt war, kann aber nicht die Rede sein. Man scheint an maßgebender Stelle erst den Einfluß der jetzt in Kraft tretenden Reichsversicherungsordnung auf den Umsatz der Apotheken abwarten zu wollen, ehe den in dieser Hinsicht geäußerten und an sich berechtigten Wünschen der Apotheker Rechnung getragen wird. Geändert ist diesmal in den allgemeinen Bestimmungen die Ziffer 8 und zwar in der Weise, daß künftighin nicht blos bei den Mitteln der Tabelle B und C, sondern bei allen in der Taxe mit einem * bezeichneten Arzneimittel (es sind 464) der geringste Preis 10 Pfg. beträgt und bei Abgabe von Salzen des Homatropinum und Physostigminum 1,25 bezw. 0,50 M. Weiterhin ist bestimmt, daß bei der Anfertigung von Salben ein Preis für das erforderliche Wasser nicht berechnet werden darf; ferner ist der Preis für die Bereitung von Pastillen, Plätzchen und gepreßten Tabletten insofern erheblich herabgesetzt, als künftighin der bisherige Preis von 50 Pf. für 5 Pastillen nur bis zur Anfertigung von 10 Pastillen gilt und sich dann für jede weiteren 10 Stück um 30 Pfg., bei mehr als 50 Stück um nur 20 Pfg. erhöht, während die frühere Erhöhung um je 5 Stück 25 betrug. Die Anwendung der Nachttaxe ist dahin abgeändert, daß sie im Winter bis 7 Uhr (statt 6 Uhr) morgens zulässig ist. Endlich ist für den Verkaufspreis von Spezialitäten eine anderweite Staffelung eingetreten, indem statt der bisherige einheitliche Aufschlag von 60% nur noch

für Spezialitäten zum Einkaufspreise von 1,25—3 Mark gilt, während er sich bei billigeren Spezialitäten (beim Einkaufspreise bis zu 1 M. auf 100 %, bei einem solchen von 1—1,25 M. auf 2 M.) erhöht und bei teueren Spezialitäten erniedrigt (beim Einkaufspreise von 3—3,20 M. auf 4 M. und bei höherem Einkaufspreise allgemein um 50 %). — In der Hausliste ist nur ein Mittel (Aqua Opii) gestrichen; neu aufgenommen sind auch nur 2 Mittel (Ol. Menth. pip. anglic. und Perugon); außerdem sind bei zahlreichen Mitteln die durch den Arzneimittelmarkt bedingten Preisänderungen vorgenommen.

In der diesjährigen Jahresversammlung des Kuratoriums der **Kaiser Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen** ist an Stelle des verstorbenen Prof. Dr. Kutner der Privatdozent Dr. Adam zum Direktor des Kaiserin-Friedrichhauses und zugleich zum Mitglied des Kuratoriums gewählt. Außerdem wurden auch der stellvertretende Direktor Dr. Lowin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Passow und Geh. San.-Rat Dr. S. Alexander, Vorsitzender des Geschäftsausschusses des Berliner ärztlichen Standesvereins, zu Mitgliedern des Kuratoriums gewählt.

Vom 15.—27. Juni 1914 findet wiederum ein **Aus- und Fortbildungskursus für Aerzte in der Säuglingsfürsorge** sowie in der Physiologie, Pathologie und Hygiene des Säuglingsalters unter Leitung des Prof. Dr. Schloßmann in der akademischen Kinderklinik zu Düsseldorf statt. Anmeldungen und Anfragen sind an die Geschäftsstelle des Vereins für Säuglingsfürsorge im Reg.-Bez. Düsseldorf (Düsseldorf, Werstenerstraße 150) zu richten.

Die VI. Versammlung der Schulärzte Deutschlands findet am Donnerstag, den 5. Juni 1914 in Stuttgart statt. Zur Behandlung kommen: 1. Der Schularzt an der Fortbildungsschule. 2. Der schulärztliche Dienst an höheren Knaben- und Mädchenschulen.

Pest. In Rußland sind im Uralgebiete vom 2.—23. November 206 Personen an der Pest erkrankt und 170 gestorben, in Aegypten vom 22. Nov. bis 12. Dez.: 5 (1), in Britisch-Ostindien vom 2.—29. Nov: 3418 (2500), 2854 (2091), 4590 (3550), 4274 (3272), in Niederländisch-Indien vom 19. November bis 2. Dezember: 651 (570), in Hongkong vom 2.—22. November: 5 (5), in Japan vom 16. Novemberbis 8. Dezember: 6 (3), in Brasilien und zwar in Bahia vom 1.—8. Nov.: 3 (1), in Mauritius vom 21. September bis 23. Oktober: 82 (49).

Cholera. Die Zahl der amtlich gemeldeten Cholera-Erkrankungen (Todesfälle) betrug in Ungarn vom 23. November bis 7. Dezember: 20 (14), in Kroatien-Slavonien vom 17. November bis 1. Dezember: 12 (6), in Serbien vom 10.—24. November: 8 (2) — seitdem ist in allen diesen 3 Staaten die Cholera erloschen —, in Bosnien vom 16. Novbr. bis 1. Dezember 7 (6) in Rumänien vom 5.—12. November: 32 (19), in Konstantinopel vom 27. November bis 17. Dezember: 97 (35), in Niederländisch-Indien vom 26. August bis 20. Oktober: 297 (211), auf den Philippinen vom 12. Oktober bis 15. November: 86 (67), in Hongkong vom 10.—22. Novbr. 2 (—) in Streets Settlements und zwar in Singapore vom 9.—15. Nov.: 38 Fälle.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 22. Nov. bis 6. Dez. 1913 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rückfallfieber, Aussatz, Fleckfieber, Tollwut, Pocken: — (—); Milzbrand: 1 (—), 3 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 5 (—) 6 (—); Unterleibstyphus: 189 (19), 169 (16); Ruhr: 6 (1), 4 (—); Diphtherie: 2105 (144), 2063 (123); Scharlach: 1910 (72), 1776 (8); Kindbettfieber: 127 (32), 86 (30); Genickstarre: 3 (1), 2 (1); spinaler Kinderlähmung: 21 (1), 12 (1); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 5 (1), — (—); Körnerkrankheit (erkrankt)): 287, 440; Tuberkulose (gest.): 699, 650.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. P. in H.: Die Königl. Regierung beauftragt mich, ein Gutachten über den Geisteszustand und über die Dienstfähigkeit eines auf dem Lande wohnenden Lehrers abzugeben. Fallen die dadurch entstandenen Reisekosten in das Reisepauschale oder kann ich besonders liquidieren?

Antwort: Es handelt sich hier um eine vertrauensärztliche Tätigkeit des Kreisarztes, wofür ihm Gebühren sowie Tagegelder und Reisekosten auch dann zustehen, wenn sie im staatlichen Interesse und im Auftrage einer Staatsbehörde erfolgt (s. Anm. 1, S. 332 des Kalenders für Medizinalbeamte; das Datum des hier angeführten, in der Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr 11 dieser Zeitschrift, 1913, S. 190 abgedruckten Min.-Erl. muß jedoch 23. Mai statt 23. September 1913 heißen). Nur wenn ausdrücklich in der Verfügung der Regierung gesagt ist, daß der erforderliche Vorbesuch gelegentlich einer anderen unter das Reisepauschale fallenden Dienstreise gemacht werden soll, können Tagegelder und Reisekosten nicht beansprucht werden, sondern nur eine Gebühr für den Vorbesuch.

Anfrage des Kreisarztes Dr. H. in B.: Nach § 51 der Dienstanweisung für die Kreisärzte bedarf, wenn ein Apothekerlehrling während der Lehrzeit die Lehrstelle wechselt, das Zulassungszeugnis der Genehmigung des für die neue Lehrstelle zuständigen Kreisarztes. Ist eine derartige Bescheinigung stempelpflichtig?

Antwort: Nein! Die von dem Kreisarzt einzuholende Genehmigung stellt nur eine Bescheinigung der Anmeldung dar, also eine Kontrollmaßregel, die mit Rücksicht auf den durch Min.-Erlaß vom 29. März 1903 abgeänderten § 43 der Apothekenbetriebsordnung vom 18. Februar getroffen ist. Sie ist demzufolge ebenso stempelfrei wie die Beglaubigungen der nach § 6 Abs. 2 der Apothekenordnung vom 19. April 1904 vom Apothekenvorstand auszustellende Lehrlingszeugnise (s. auch § 51 Abs. 3 der Dienstanweisung und Ziffer 2 des Min.-Erlasses vom 21. Mai 1907, Beilage zur Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung zu Nr. 7 der Zeitschrift für Medizinal-Beamte, 1907, S. 81).

In Nr. 105 der Apothekerzeitung, Jahrgang 1913, wird die von uns in Nr. 24, Jahrgang 1913 dieser Zeitschrift im Sprechsaal vertretenen Ansicht, daß Arsa-Lecin als Nähr- und Kräftigungsmittel dem freien Verkehr überlassen sei, zu seinem Feilhalten und Verkauf aber mit Rücksicht seines Arsengehaltes die Genehmigung zum Gifthandel notwendig sei, als „unrichtig“ bezeichnet, weil sich die Giftordnung lediglich auf Gifte bezieht, die zu erlaubten gewerblichen, wirtschaftlichen, wissenschaftlichen oder künstlichen Zwecken benutzt werden sollen. Arsenhaltige Nähr- und Kräftigungsmittel fielen mithin nicht unter die Giftverordnung, sondern seien „unter allen Umständen“ als starkwirkende Arzneimittel anzusprechen, die nur in Apotheken und zwar nur auf schriftliche mit Datum und Unterschrift versehene Anweisung eines Arztes abgegeben werden dürfen. Diese Begründung kann uns jedoch von der „Unrichtigkeit“ unserer Auffassung nicht überzeugen, wir müssen die letztere vielmehr auch weiterhin als zutreffend aufrecht halten; denn für die Beurteilung der Frage, wer zum Feilhalten von Arsa-Lecin berechtigt ist, kommen lediglich die Vorschriften der Kaiserlichen Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln vom 22. Oktober 1901 und nicht die Vorschriften über die Abgabe scharfwirkender Stoffe in den Apotheken. Diese beziehen sich nach § 1 nur auf die Abgabe von Arzneimitteln als „Heilmittel“ und nicht auch auf die Abgabe von Kräftigungs- und Vorbeugungsmitteln, die den freien Verkehr überlassen sind und unter die Giftpolizeiverordnung fallen, wenn sie giftige Stoffe enthalten, da sie eben nicht Heil-, sondern anderen wirtschaftlichen Zwecken dienen.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 2. Ausgegeben am 20. Januar

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch

J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 2.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Regierungsrat: dem Reg.-Rat Wehrle, Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamts; — Geheimer Sanitätsrat: dem San.-Rat Dr. Haug in Schierke i. Harz; — das Prädikat Professor: dem Privatdozenten Dr. Oskar Wagener in Berlin sowie den Aerzten Dr. Füth und Dr. Lentz in Metz; — der Rote Adlerorden II. Klasse mit Eichenlaub: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bier in Berlin und dem Obergeneralarzt Dr. Thel, Inspekteur der 5. Sanitätsinspektion; — derselbe Orden III. Klasse mit der Schleife: den Geh. San.-Räten Dr. Schaberg in Hagen i. Westf. und Dr. Adloff in Potsdam, dem Generalarzt Dr. Brugger, Korpsarzt des XI. Armeekorps, dem Geh. Med.-Rat Dr. Finger, vortragender Rat im Ministerium des Innern, dem Generalarzt Dr. Graßmann, Korpsarzt

des I. Armeekorps, dem Generalarzt Dr. Johannes, Korpsarzt des XXI. Armeekorps, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Küttner, Generalarzt à la suite des Marinesanitätskorps in Breslau, dem Geh. Med.-Rat Dr. Merkel, ordentl. Professor an dez Universität Göttingen, dem Geh. San.-Rat Dr. Selberg in Berlin, dem Generalarzt Dr. Thiele, Korpsarzt des VII. Armeekorps; — derselbe Orden IV. Klasse: den Aerzten Dr. Bäumker in Lingen, Dr. Schnitzer, leitender Arzt der Kückemühler-Anstalten bei Stettin, Dr. Koppel in Nikolassee bei Berlin, dem San.-Rat Dr. Backenköhler, Direktor der Provinzialheilanstalt in Aplerbeck, Kreis Hörde, dem Kreisarzt Med.-Rat Dr. Behrendt in Tilsit, dem Arzt Dr. Böwing in Fallersleben (Kreis Gifhorn), dem Oberstabsarzt Dr. Boldt, Regimentsarzt des Füsilierregiments Nr. 35, dem Geh. San.-Rat Dr. Brennecke in Magdeburg, den Oberstabsärzten Dr. Brieske, Reg.-Arzt des Feldartillerie-Regts. Nr. 79, Dr. Brückner, Regimentsarzt des Inf.-Regts. Nr. 72, Dr. Clasen, Regimentsarzt im Inf. Regt. Nr. 173, Dr. Conrad, Regimentsarzt im des 2. Masurischen Feldartillerie-Regts. Nr. 82, Dr. Daub, Regimentsarzt des Braunschweiger Husarenregiments Nr. 17, dem Marineoberstabsarzt Dr. Deutz, dem Kreisarzt Med.-Rat Dr. Dietz in Barr (Kreis Schlettstadt), San.-Rat Dr. Dumrath in Cassel, Oberstabsarzt Dr. Friedrich in Thorn, dem Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. Gottschalk in Rathenow, dem Marineoberstabsarzt Dr. Gräf am Sanitätsamt der Marinestation der Nordsee, dem Oberstabsarzt z. D. Dr. Guttmann, Vorstand der sanitätsstatistischen Abteilung bei der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen, dem Geh. San.-Rat Dr. Heiligtag in Stettin, dem Geh. Med.-Rat Dr. Heyl, Hilfsarbeiter im Ministerium des Innern, dem Oberstabsarzt Dr. Hoffmann, Professor in der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums, dem San.-Rat Dr. Hülse in Otterndorf (Kreis Hadeln), dem Marineoberstabsarzt Dr. Huß von der Marinestation der Nordsee, dem Arzt Dr. Japing in Halle i. W., den Oberstabsärzten Dr. Jokisch, Regimentsarzt im Husarenregiment Nr. 2, Dr. Kahle, Regimentsarzt des Deutsch Ordensinfanterieregiments Nr. 152, Dr. Kaufmann, Regimentsarzt des Inf.-Regts. Nr. 69, Dr. Kellermann, Regimentsarzt des

Ulanenregiments Nr. 16, Dr. Kownatzki, Regimentsarzt des Straßburger Feldartillerieregiments Nr. 84 und Dr. Krause, Regimentsarzt des Gardegrenadier-Regiments Nr. 1, dem Marineoberstabsarzt Dr. Johannes Krause vom Stabe des großen Kreuzers „Viktoria Luise", dem Geh. Med.-Rat Dr. Krohne, vortragender im Ministerium des Innern, den Oberstabsärzten Dr. Krumbein, Regimentsarzt des Lauenburgschen Feldartillerieregiments Nr. 20 und Dr. Lessing, Regimentsarzt des Hannoverschen Husarenregiments Nr. 15, dem Geh. Med.-Rat Dr. Langerhans, Kreisarzt in Celle, dem San.-Rat Dr. Mock in Haigerloch, den Oberstabsärzten Dr. Moller, Regiments des Feldartillerieregiments Nr. 72, Dr. Mühlenbrock, Regimentsarzt des 2. Oberrheinischen Inf.-Regts. Nr. 99, Dr. Nommel, Regimentsarzt des Mansfelder Feldart.-Regts. Nr. 75, dem San.-Rat Dr. Oliven in Berlin-Lankwitz, den Oberstaabsarzt Dr. Popp, Regimentsarzt des Lothringischen Fußart.-Regts. Nr. 16, dem Marineoberstabsarzt Dr. Prießnitz vom Stabe Linienschiffes „Oldenburg", den Oberstabsärzten Prof. Dr. Rammstedt, Regimentsarzt des Kürassier-Regts. Nr. 4 und Dr. Rauschke, Regimentsarzt des Grenadierregiments Nr. 12, dem San.-Rat Dr. Reinke in Kolberg, den Marineoberstabsärzten Dr. Rieke vom Stabe des Linienschiffs „Friedrich der Große" und Dr. Rost von der Marinestation der Ostsee, dem Arzt Dr. Rummel beim Potsdamer Großen Militärwaisenhaus, den Oberstabsärzten Dr. Scherließ, Regimentsarzt des 2. Masurischen Inf.-Regts. Nr. 147, Dr. Schnelle in Magdeburg und Dr. Schröder, Regimentsarzt des Schleswig-Holsteinischen Inf.-Regts. Nr. 163, dem San.-Rat Dr. Schüler in Maizières (Landkreis Metz), den Oberstabsärzten Dr. Schulz, Regimentsarzt des 3. Westpreußischen Inf.-Regts. Nr. 129, Dr. Schumann, Regimentsarzt des 2. Pommerschen Fußart.-Regts. Nr. 15, Prof. Dr. Sinnhuber, Regimentsarzt des Ostpreußischen Fußart.-Regts. Nr. 1, Dr. Spiller, Regimentsarzt des 5. Wespreuß. Inf.-Regts. Nr. 148, Dr. Stroh, Regimentsarzt des Thüring. Fußart.-Regts. Nr. 18 und Dr. Wiesinger, Regimentsarzt des Inf.-Regts. Nr. 116, dem Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. Spancken in Meschede, dem ordentlichen Prefossor Dr. Stoekel in Kiel, dem San.-Rat Dr. Wunder in Altona; — der Kronen-

orden II. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Goldschneider in Berlin, dem Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. Borghagen in Naumburg a. Saale, dem Geh. San.-Rat Dr. Fuchs in Friedrichsdorf (Obertaunuskreis), den Generalärzten Dr. Boeckh, Korpsarzt des XVI. Armeekorps und Dr. Brandt, Korpsarzt des XV. Armeekorps, dem Geh. Med.-Rat Dr. Esser, ordentl. Honorarprofessor an der Universität Göttingen, dem Geh. Med.-Rat Dr. Hertwig, ordentl. Professor an der Universität Berlin, dem Geh. Med.-Rat Dr. v. Hippel, ordentl. Professor an der Universität in Göttingen; — derselbe Orden III. Klasse: dem Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Arbeit in Hildesheim, dem Marinegeneraloberarzt Dr. Brachmann, Chefarzt des Marinelazaretts Sonderburg, den Generaloberärzten Dr. Buttersack, Divisionsarzt der 16. Division und Dr. Graeßner, Divisionsarzt der 18. Division, dem Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Hecker in Straßburg, dem Marinegeneraloberarzt Dr. Nahm von der Marinestation, dem Generaloberarzt Dr. Reinhardt, Divisionsarzt der Großherzogl. Hessischen (25.) Division, dem Marinegeneraloberarzt Dr. Scholtz beim Stabe der Aufklärungsschiffe, dem Generaloberarzt Dr. Schürmann, Divisionsarzt der 28. Division, dem Generaloberarzt Dr. Velde bei der Landwehrinspektion Berlin, den Generaloberärzten Dr. Weniger, Divisionsarzt der 41. Devision und Dr. Ziemann, Divisionsarzt der 42. Division.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Komturkreuzes II. Klasse des Herzogl. Sachsen-Ernestinischen Hausordens: den Geheimen Med.-Räten und Professoren Dr. Hildebrand und Dr. Eulenburg in Berlin.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Schulz in Otterndorf zum Kreisarzt in Worbis, der prakt. Arzt Dr. Kracht in Nöremberg (Kreis Saatzig) zum Kreisassistenzarzt des Kreises Hadeln mit dem Wohnsitz in Otterndorf, Prof. Dr. Henke in Breslau zum kommissarischen Mitgliede des Medizinalkollegiums der Provinz Schlesien.

Versetzt: Dr. Beninde, Kreisarzt und ständiger Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Arnsberg als komm. Reg.- u. Med.-Rat nach Frankfurt a. O., die Kreisärzte Dr. Lemhöfer in Pr. Holland in gleicher Eigenschaft nach Remscheid, Dr. Kahle in Schrimm nach Aurich, Med.-Rat Dr. Ledermann in Saarlouis nach Saarbrücken, Dr. Engels in Saarbrücken nach Buer (Landkreis Gelsenkirchen), Dr. Fischer von Neidenburg nach Schrimm.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Springfeld, Reg.- und Med.-Rat in Osnabrück, Oberarzt Dr. Wimmel in Berlin-Lichterfelde, Prof. Dr. Pfalz, Direktor der Augenabteilung der städtischen Krankenanstalten und ordentl. Mitglied der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf, Dr. Jul. Herm. Stolten in Potsdam, Kreisphysikus a. D. Geh. San.-Rat Dr. Adolf Wilde in Deutsch-Krone, San.-Rat Dr. Kliemann in Peine, Dr. H. Krüger in Eidelstedt (Holstein), San.-Rat Dr. Heimann in Breslau, Stabs- u. Bataillonsarzt Dr. Degen in Liegnitz, Stabsarzt a. D. Dr. Nicol in Hannover, Dr. Salinger und San.-Rat Dr. Rudolf Müller in Berlin, Marinestabsarzt a. D. Dr. Breunig in Wiesbaden, San.-Rat Dr. Braune in Magdeburg.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang eines Kgl. Geheimen Rates: den o. Prof. Ob.-Med.-Rat Dr. v. Gruber u. Geh. Hofrat Dr. Friedr. v. Müller in München; — der Titel und Rang eines Obermedinalrats: dem Reg.- und Med.-Rat Dr. Demuth in Speyer; — der Titel und Rang eines Medizinalrats: den Bezirksärzten Dr. Angerer und Dr. Marzell in München, Dr. Brinsteiner in Landsberg, Dr. Frz. Grassler in Berchtesgaden, Dr. Adam Spenkuch in Neustadt a. H.,

Dr. Boecale in Regensburg, Dr. Ludwig Heissler in Bayreuth, Dr. Baumgart in Miltenberg und Dr. Ignatz Sendtner in Augsburg, sowie dem Landgerichtsarzt Dr. Hermann in München; — der Titel Professor: Dr. Rimpau, II. Direktor der bakteriologischen Untersuchungsanstalt in München; — der Titel eines Medizinalrats: dem Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Deggendorf Dr. Kundt; — der Titel und Rang eines Hofrates: dem Direktor der Hebammenschule in Bamberg Dr. Friedr. Göttling; — der Titel eines Geheimen Sanitätsrats: dem Direktor des Krankenhauses München-Schwabing Hofrat Dr. Fr. Brunner, dem Oberarzt des Krankenhauses in Augsburg Dr. August Schreiber; — der Titel eines Sanitätsrats: den prakt. Aerzten Dr. H. Bergeat, Dr. Karl Graßmann, Dr. Otto Günther, Dr. Jos. Heigl, Dr. Ludw. Hoeflmayr, Dr. Frz. Tausch, Dr. Karl Ranke, Dr. Heinrich Schmidt, Dr. Otto Schum, Dr. Martin Wassermann, Dr. Peter v. Zezschwitz, Dr. Frdr. Röder und Dr. Jos. Passet in München, Dr. Emoan in Trostberg, Dr. Fisernis in Berchtesgaden, Dr. Gessele in Traunstein, Dr. Ortenau in Reichenhall, Dr. Bayersdörfer in Neustadt a. H., Dr. Breith in Pirmasens, Dr. Franz in Frankenthal, Dr. Hölder in Ludwigshafen, Dr. Schultheß in St. Ingbert, Dr. Walther in Hof, Dr. Kolbmann in Pappenheim, Dr. Mayer Louis Mayer und Dr. Alb. Reizenstein in Nürnberg, Dr. Mehler in Georgensgmünd, Dr. Deßloch und Dr. Sprinz in Würzburg, Dr. Rosenau in Kissingen, Dr. Streiter in Schweinfurt, Dr. Eberler in Altusried, Dr. Englhardt in Kaufbeuren, Dr. Kimmerle in Lindau, Dr. Lauber in Neuburg a. D., Dr. Radwansky in Neu-Ulm, Dr. Frdr. Wiedemann in Augsburg, Dr. Müller in Immenstadt; — das Ehrenkreuz des Kgl. Verdienstordens vom hl. Michael: dem Ob.-Med.-Rat, Hofstabsarzt u. Leibarzt Dr. v. Hoeßlin; — den Verdienstorden vom hl. Michael IV. Kl. mit der Krone: dem Hofrat, Hofstabsarzt Dr. Sartorius, den Reg.- u. Med.-Räten Dr. Egger in Würzburg und Dr. Utz in Augsburg, dem Oberarzt der chirurg. Abteilung im Universitäts-Kinderspital u. außerordentl. Universitätsprofessor Dr. Herzog in München; — den Verdienstorden vom hl. Michael IV. Kl.: dem außerordentl. Universitätsprofessor Dr. Rud. Hecker in München.

Gestorben: Hofrat Dr. Erhard in Bad Kissingen, Dr. Berth. Gresbeck in München.

Königreich Sachsen.

Gestorben: Dr. Max Hermann Retter in Zittau.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Die praktischen Aerzte Harry Kreißmann aus Sonneberg in Thüringen in Karlsruhe, Dr. Trimbach in St. Ludwig (Oberelsaß), Kantonalarzt Dr. Michel in Amanweiler (Oberelsaß), San.-Rat Dr. Feldhausen in Braunschweig.

Erledigte Stellen.

Königreich Preussen.

Die Stelle des Kreisassistensarztes und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamte in **Stettin.** Jahresremuneration: 2000 Mark; vom 1. April d. J. ab voraussichtlich höher. Bakteriologische Vorbildung erforderlich. Die Stelle kann auch einem noch nicht kreisärztlich geprüften Arzte vorläufig kommissarisch übertragen werden, wenn er den Bedingungen für die Zulassung zur kreisärztlichen Prüfung genügt und sich zur alsbaldigen Ablegung der Prüfung verpflichtet.

27. Jahrg. Zeitschrift 1914.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 2. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. Jan.

Eigenschaften und Schicksale von 40 lebenslangen Gefangenen des bayer. Zuchthauses Kaisheim.

Von Dr. med. Theodor Viernstein, Kgl. Hausarzt beim Zuchthause.

Die nachfolgende Arbeit bespricht die Eigenschaften und Schicksale von 40, im bayerischen Zuchthause Kaisheim zu lebenslanger Freiheitsstrafe verwahrten Gefangenen. Die Anregung zur Veröffentlichung des schon länger vorbereiteten Materiales geschah durch eine jüngst erschienene Abhandlung gleichen Vorwurfs.[1])

Neuerdings ist in ärztlichen wie juristischen Kreisen eine „Frage der Lebenslangen“ aufgerollt worden. Man erkannte, daß die Verüber todeswürdiger Verbrechen hinsichtlich ihrer persönlichen Eigenschaften und ihres durchschnittlich zu beobachtenden Schicksals im Strafvollzuge eine Sonderstellung unter den Rechtsbrechern einnehmen.

---

[1]) Lumpp: Med.-Rat, Dr.: Das Schicksal von 50 zu lebenslanger Zuchthausstrafe Verurteilten aus dem Männerzuchthause Bruchsal. Blätter für Gefängniskunde; Bd. 47, Heft 1 und 2.

Aerztlicherseits hat zuerst Prof. Dr. Rüdin-München[1]) die lebenslangen Gefangenen zum Gegenstande bisher nicht betätigter Spezialuntersuchungen gemacht. Er spricht sich dahin aus, daß

„nach den Erfahrungen der Strafanstaltsärzte sich Originale, Sonderlinge, Psychopathen, Degenerierte unter den Mördern in noch weit größerer Zahl vorfinden, als unter dem Durchschnitt der anderen Verbrecher.“

Ferner behauptet Geh. Med.-Rat Dr. Leppmann:

„daß die Lebenslänglichen mit der Zeit alle mehr oder weniger als geistesgestört erkannt werden bezw. in Geistesstörungen schwereren oder leichteren Grades verfallen.“

Hinsichtlich der in Rüdins 50 Fällen zu 66% erhobenen, erblichen geistigen Belastung wird betont, man habe es

„bei den geisteskrank gewordenen Mördern mit Menschen zu tun, die aus moralisch und gesundheitlich erschreckend zerrütteten Familienverhältnissen stammen und wohl unter einer Summe von ungünstigen Zeugungsmomenten in die Welt kamen, wie man sie anderswo in der Bevölkerung doch nur ganz ausnahmsweise findet.

Es sei klar, fährt Rüdin fort, „wie groß gerade bei den geisteskrank gewordenen Lebenslangen die Keimvergiftung und die Macht der Vererbung und elterlichen Uebertragung einer für Straftat und geistige Erkrankung stark ins Gewicht fallenden Anlageschwäche und Minderwertigkeit des zentralen Nervensystems sein muß“ . . . . . . „daß auf diese die schwerste und unnatürlichste aller Strafen, die lebenslange Einsperrung, verhängnisvoll werden muß, ist einleuchtend.“

Im klinischen Bild der Geistesstörungen solcher Unglücklichen weist Rüdin Züge nach, die ihm, unbeschadet der Art der vorliegenden Psychose, „nur aus der eigenartigen Lage der ehrlosen Strafe und lebenslänglicher Einsperrung Verfallener erklärlich sind“, den Unschuldswahn, den Begnadigungs- und Entlassungswahn, weiterhin auffallend frühes Altern.

Unter den Rechtsgelehrten hat Prof. Liepmann-Kiel[2]) gelegentlich eines für den 31. Deutschen Juristentag erstatteten Gutachtens die Eigenart und das Verhalten lebenslänglich Verurteilter oder Begnadigter gewürdigt. Er konnte sich dabei auf eine große Zahl wertvoller Auskünfte stützen, die ihm von deutschen und außerdeutschen Strafanstaltsleitern zugekommen waren. Liepmann (S. 747) erachtet als dringend wünschenswert, daß Untersuchungen über Lebenslange durch unsere deutschen Justizverwaltungen und durch unsere Kriminalisten in erheblichem Maße in Angriff genommen werden; ein unschätzbares Material warte hier der wissenschaftlichen Ausbeute.

Man hört im Gegensatz zu dieser weitsichtigen Aeußerung nicht selten die Auffassung, daß es „müßige Arbeit“ sei, sich immer wieder mit dem „unabänderlichen“ Schicksal und den „längst sattsam geklärten“ Eigenschaften des gesellschaftlichen Auswurfes zu befassen. Daß die Dinge namentlich hinsichtlich

---

[1]) Rüdin: Ueber die klinischen Formen der Seelenstörungen bei zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe Verurteilten. München 1909. Habilitationsschrift.

[2]) Liepmann: Ist die Todesstrafe im künftigen deutschen und österreichischen Strafgesetzbuche beizubehalten? Sonderabdruck aus den Verhandlungen des 31. Deutschen Juristentages; Bd. II.

der praktischen Seiten und Konsequenzen in der Tat hier viel schwieriger liegen als eine solch wenig tiefgehende und skeptische Betrachtungsweise zugeben will, soll in bescheidenem Grade auch durch die vorliegenden Schilderungen belegt werden.

An die Spitze stelle ich

A. Allgemeine statistische Erhebungen.

Von den 40 untersuchten Lebenslangen waren:

I. Dem Familienstande nach	
ehelich geboren	30
außerehelich geboren	10
ledig	28
verheiratet bezw. verwitwet	12
aus ländlichen Bezirken	30
aus Städten	10
(hiervon aus München)	8

II. dem Berufe nach	
Angehörige höherer Berufsarten	1
Gewerbetreibende u. Handwerker	20
Dienstknechte	11
Taglöhner u. ungelernte Arbeiter	3
Bodenbesitzende Söldner u. Gütler	4
ohne Beruf	1

III. Der Standesabkunft nach	
aus höheren Gesellschaftskreisen	2
aus Söldner- und Gütlerfamilien	7
aus bürgerlichen Berufskreisen und von Gewerbetreibenden	18
aus Kreisen kleiner Beamten u. Angestellten	4
aus Taglöhner- u. Arbeiterkreisen	9

IV. Der Straftat nach verurteilt	
wegen Mordes	3
„ Raubmordes	22
„ Mordes u. Raubversuchs zu lebenslangem Zuchthaus	1
„ schweren Raubes	6
„ Totschlags und Raubes	5
„ Totschlags	1
„ Mordversuchs u. schweren Raubes	1
wegen schweren Raubes und Brandstiftung	1

V. zur Zeit der Tat im Alter von	
18—20 Jahren	5
21—25 „	18
26—30 „	8
31—35 „	6
36—40 „	3

VI. bis jetzt in Strafverbüßung	
1— 2 Jahre	4
3— 5 „	3
6—10 „	10
11—15 „	7
16—20 „	2
21—25 „	5
26—30 „	4
31—35 „	3
36—40 „	1
41—45 „	1

VII. vor Begehung der Tat vorbestraft	
gar nicht	7
im Alter bis zu 18 Jahren (frühkriminell)	17

VIII. der ausgeführten Tat	
geständig	29
nicht geständig	11

IX. hinsichtlich der Führung am Straforte	
tadelfrei	12
ausgesprochen schlecht	11
mittelmäßig und erträglich	17

Von den 40 Lebenslangen ist ferner 1 Mann im Alter von 52 Jahren gestorben an arteriosklerotischen Folgezuständen (Apoplexien, Ausgang in tiefe Demenz nach 22½ jährigem Büßen; 1 Mann wurde im Alter von 52 Jahren — geistig gesund, körperlich relativ rüstig — nach Umfluß von 29 Haftjahren begnadigt. 38 Mann sind mithin noch im Srafvollzuge vorhanden.

Es ist endlich anzufügen, daß in 17 der 40 Fälle die Straftat an einem Sonn- oder Feiertag, oder an dem darauffolgenden Wochentag geschah, sowie daß bei 14 begangenen Verbrechen vorangängiger Alkoholgenuß des Täters erwiesen wurde.

Einigen der aufgeführten Punkte sind kurze Erläuterungen und Belege beizufügen:

Ad I. Die 10 außerehelich Geborenen stammen mit 2 Ausnahmen (München bezw. Passau) vom Lande ab. Die Lebensstellung der ledigen Mutter kennzeichnet hierbei das erste Milieu des unerwünschten Kindes: Gastwirtstochter. — Näherin. — Taglöhnerin. — Landwirtschaftliche Magd. — Taglöhnerin. — Armenhäuslerin. — Landwirtschaftliche Magd. — Taglöhnerin. — Musikerstochter (Stadt). — Näherin (Stadt). — Aus ländlichen Bezirken stammen 30, aus Städten 10, hiervon aus München 8.

Hinsichtlich des Ortes der Tat ist nun bemerkenswert, daß von den 10 aus Städten stammenden 7 auch ihr todeswürdiges Verbrechen in einer Stadt begingen (6 davon in München!), ferner einer auf dem flachen Lande, einer in fremdem Erdteil, einer im Gefängnis.

Von den 30 aus ländlichen Bezirken hervorgegangenen Lebenslangen htten nur 3 eine Stadt — München — zum Schauplatz ihres verbrecherischen Tuns gemacht, 27 dagegen sind im ländlichen Milieu, über das sie sich nicht hinaushoben, zum Morde gekommen, zumeist an Personen des nächsten Umkreises, einer jedoch in seiner Eigenschaft als Transportgefangener.

Ad II. Hinsichtlich des Berufes der jetzigen Lebenslangen ist zu bemerken, daß von den 20 als Gewerbetreibende und Handwerker Aufgeführten bloß 4 selbständige Existenzen hatten (Wasenmeister, Schuhmacher, Brunnenmacher, Holzhändler, dieser in kleiner Stadt), daß dagegen die übrigen als Gehilfen arbeiteten, z. T. auch den erlernten Beruf mit anderer Arbeit vertauscht hatten (namentlich mit „Taglöhnern" in unverkennbarer sozialer Rückwärtsbewegung).

Von den 4 bodenbesitzenden Söldnern und Gütlern waren 2 zur Zeit der Tat in schlechtester finanzieller Situation. Notlage ist hier das Motiv zur Tat. Von den 2 anderen kann dies nicht gesagt werden; hier finden wir in einem Falle brutale Genußsucht und Arbeitsscheu, in dem anderen überhaupt kaum ein einleuchtendes Motiv zur Tat (nicht vorbestrafter, verheirateter, auskömmlich lebender, im Trinken nicht exzedierender Gütler und Maurer, psychisch zwar stark belastet und körperlich durch Skrophulose defekt, begeht mit 26 Jahren 4 Einbrüche, ermordet beim letzten — an einem Montag — die Tatzeugin auf scheußliche Weise. Gesteht sofort. Seit 25 Jahren bei tadelfreier Führung in Haft; bereut; psychisch abzüglich der typischen Haftverödung nicht wesentlich alteriert).

Der einzige ohne Beruf Aufgeführte kam in frühester Jugend in Haft, ohne ein Gewerbe in der Freiheit erlernt und ausgeübt zu haben.

Ad III. Nur ein Gefangener entstammt akademisch gebildetem Beamtenkreise; ein weiterer einer Landlehrerfamilie. Starke erbliche Belastung mit Geisteskrankheiten und frühzeitiges Entgleisen auf der Lebensbahn bei mangelhafter Jugenderziehung und Aufsicht kennzeichnet diese beiden Sprossen höherer Bildungskreise. Bitterste Not im ersten Falle, brutale Rücksichtslosigkeit in der Ausnützung einer Diebstahlsgelegenheit im zweiten sind die Motive des mörderischen Handelns. Der erstere ist ungeständig, will unschuldig sein (Indizienurteil!), der zweite hat sich mit Einschränkungen zur feigen Tat bekannt.

Von den 4 aus Kreisen kleiner Beamter und Angestellter Stammenden ist hervorzuheben:

Einer, Sohn eines verstorbenen Museumsdieners in München und dessen in einer Fabrik nebenerwerblich tätigen Gattin, erblich psychisch belastet, schlechter Volksschüler, mußte frühzeitig zur Ernährung der 9köpfigen Familie beitragen, kam zur Post, defraudierte nach 2 Jahren, wurde nach Bestrafung Chauffeur, dann Installateur, auf Reklamation seitens der verwitweten Mutter militärfrei, heiratete sehr schlecht, geriet in bittere Not und ermordete mit 27 Jahren gemeinsam mit seiner Frau und anderen eine zum Zwecke der Ausraubung aufgesuchte alte Dame. Ein Bruder ist ebenfalls Verbrecher. Nicht geständig. Seit 2 Jahren bei tadelfreier Führung im Zuchthaus. Psychisch von geringem Intellekt.

Der zweite, ebenfalls Münchener, Sohn eines Kanzleibeamten, 48 Jahre alt, seit 11 Jahren wegen Mordversuchs und Raubes in Haft, diente gut bei Artillerie, war hernach im erlernten Berufe als Bäcker, später als Taglöhner tätig, sehr stark dem Trunke und der Lebsucht ergeben, heiratete, lebte auf großem Fuß, ermordete in Geldnot seine Pfandvermittlerin an einem Montag nach durchschwelgtem Sonntag. Ist der Tat sofort am Platze geständig gewesen. Keine Vorstrafen. Stammt aus herzleidender Familie, besitzt selbst ausgeprägten Basedow. Die Führung am Straforte ist sichtlich durch die bestehende hochgradige nervöse Reizbarkeit bestimmt; 8 Hausstrafen wegen Streitens und ungehörigen Benehmens.

Der dritte, verheirateter Holzhändler in kleiner Stadt, lebte in schlechten Geldverhältnissen, war 5mal gering vorbestraft, ermordete und beraubte mit 37 Jahren im Walde einen Berufsgenossen, leugnete. Seit 7 Jahren bei tadel-

freier Führung in Kaisheim zeigte er vor 4 Jahren plötzlich heftige Reue, gestand die Tat und äußerte anschließend Ideen religiösen Wahnes; er wurde wegen depressiven Gemütszustandes vorübergehend auf der Krankenabteilung behandelt, besserte sich bald und hat seither keine Zeichen von Geisteskrankheit mehr ersehen lassen (kam in gemeinschaftliche Haft). Somatisch: ausgeprägter Rundschädel, früh gealtert und kahlköpfig. Psychisch nicht belastet.

Der vierte ist Sohn eines herrschaftlichen Forstbediensteten auf dem Lande, nicht belastet, von Beruf Bader. Wurde schon mit 15 Jahren wegen groben Unfugs bestraft, außerdem noch 2mal geringfügig wegen gleichen Vergehens, ermordete und beraubte mit 19 Jahren einen Jagdpächter, der ihn als Jagdgehilfen mitzunehmen pflegte. Sollte am Tag nach der Tat zur Musterung und brauchte hierzu Geld. Gestand, nachdem er erfolglos versucht hatte, die Täterschaft auf einen anderen zu schieben. Machte sich durch Geldausgaben nach der Tat, durch gefühlsrohe Aeußerungen vor der Tat verdächtig. Somatisch: Zwergwuchs, Satthals, Flügelohren (Fledermausähnlich), puerile Gesichtszüge. Psychisch: trotz der traurigen Lage fröhlich und nach außen hin zufrieden, im ganzen debil. Tadelfreie Führung in 10jähriger Haft.

Ad IV. Hinsichtlich der Straftat ist ersichtlich, daß in fast allen Fällen ein Eigentumsdelikt mit dem begangenen Verbrechen gegen das Leben einhergeht. Dieser Umstand des Fehlens der reinen Affektmorde (bei nur einem Täter liegen solche vor) bedarf der Erklärung durch die bestehenden Einlieferungsvorschriften, nach denen zur Strafverbüßung im Zuchthause Kaisheim nur Eigentumsverbrecher katholischer Konfession aus den Oberlandesgerichtsbezirken München und Augsburg zuständig sind.

Der erwähnte einzige Ausnahme — Krankengeschichte folgt — ist aus Gründen der Einzelhaftuntauglichkeit in unser vorwiegend Gemeinschaftshaft pflegendes Zuchthaus überwiesen worden.

Ad V. Zur Zeit der todeswürdigen Tat standen im jugendlichen Alter von 18—20 Jahren 5 Mann. Es interessiert, aus deren Lebensläufen, späteren Ausführungen vorwegnehmend, das Wesentliche wiederzugeben:

Ein „Jugendlicher" ist seit 30 Jahren in Haft, während dieser geistig erkrankt und heute im Endzustand eines jahrelangen, früheren geistigen Verfalles. Die Krankengeschichte folgt.

Ein zweiter „Jugendlicher", Dienstknecht, zur Zeit der Tat auf der „Walz", außerehelicher Sohn einer armen Häuslerin und Taglöhnerin, die auch Gemeindehirtin war, mußte bei arg vernachlässigter häuslicher wie schulischer Erziehung selbst früh zum „Hüten", wurde schon mit 14 Jahren wegen Diebstahls mit 9 Monaten Gefängnis bestraft, in der Folgezeit bis zum 19. Jahre nochmals 4mal, darunter wegen Raubs mit 2 Jahren Gefängnis. Er hatte im Alter von 19 Jahren nach durchzechter Nacht seinen Wandergenossen im Walde ermordet und beraubt; gestand mit Einschränkung und ohne Reue. Seit 29 Jahren hier, hat er sich anfänglich lange Jahre als äußerst roher, gewalttätiger und gefährlicher Mensch erwiesen. Ist jetzt „still" geworden. Hereditär: Die Mutter, eine Schwester und ein Bruder sind an Apoplexia cerebri gestorben. Persönlich seit ca. 4 Jahren ebenfalls mehrmals apoplektische Insulte mit Lähmung der einen Seite und Augenhintergrundsblutung, seit 1/2 Jahr hartnäckiger Diabetiker. Allgemeine Adipositát, Arteriosklerose. Psychisch nie erkrankt gewesen.

Der dritte, ebenfalls außerehelicher Sohn einer ländlichen Näherin, erwarb geringe Schulkenntnisse, wurde Dienstknecht und Kutscher, mit 17 Jahren erstmals mit 1 Jahr 5 Monaten Gefängnis wegen Diebstahls belegt; er hat außerdem sofort anschließend wegen des gleichen Verbrechens 1 Jahr 2 Monate Zuchthaus erstanden und im Alter von 20 Jahren eine ihn beim Diebstahl ertappende Wirtsfrau hingeschlachtet. Legte ein vollkommenes Geständnis ab. Zum Tode verurteilt und begnadigt, befindet sich der Mann seit nahezu 35 Jahren bei sehr schlechter Führung in Kaisheim, widerstand dank kräftiger Konstitution lange Zeit, ist jetzt „still" geworden und seit etwa 5 Jahren ausgeprägter Arteriosklerotiker mit bereits mehreren apoplektischen Anfällen (vorübergehenden Paresen in Arm und Bein, Facialis und Zunge); er sieht früh gealtert aus. Geistig nicht belastet und stets gesund erachtet worden. Trägt heute in warmer und überzeugter Rede eine mit der Aktenlage in grellem Widerspruch stehende Tatschilderung vor, substituiert einen in der Verhandlung als

Zeugen Aufgetretenen als Täter und beschränkt seine Anteilnahme am Geschehnis auf ein belangloses Minimum. Ob es sich dabei um fix gewordene Selbsttäuschung auf Grund fortwährender Revidierung, Umdeutung und Verdrängung des Schuldgedankens im Sinne des Unschuldwahnes handelt, ist wohl schwer zu entscheiden, da sonstige psychopathologische Züge stets fehlten.

Der vierte Jugendliche, seit 4½ Jahren wegen erschwerten Totschlags (Hinschlachten des ihn beim Diebstahl überraschenden alten Hofbesitzers und dessen Frau) in Kaisheim, war Dienstknecht mit mäßiger Schulbildung und ist der außereheliche Sohn seiner im gemeindlichen Armenhaus wohnenden Mutter und deren alten Vaters. Er wurde im Armenhaus erzogen, bis die Mutter wegen Blutschande ins Gefängnis kam, sodann bei Verwandten untergebracht, und gelangte schließlich mit 6 Jahren in Pflege fremder Leute. Lernte 1½ Jahre als Schriftsetzer, dann 6 Monate als Glaspolierer, ohne fertig zu machen. Mit 15 Jahren nach 5 Diebstahlsstrafen (!) in Zwangserziehung getan, entwich er und stahl wieder. Nach neuerlicher Strafverbüßung nahm er kurz einen Dienst als Knecht an, verließ ihn, stahl wieder mehrfach und beging dabei schließlich auch die vorgenannten Totschlagsreate. Die Anklageschrift führt aus:

Seine Mutter starb, als er das 8. Jahr noch nicht vollendet hatte. Seine Erziehung ist in gröbster Weise vernachlässigt worden; er war anfangs in verschiedenen Familien untergebracht, die sich nicht um ihn kümmerten, meist auch nicht die moralischen und sonstigen Fähigkeiten zur Erziehung eines von früh auf Verwahrlosten besessen zu haben scheinen.

Er gestand: „Ungestört wollte ich das Geld nehmen; dabei rechnete ich aber damit, daß die Leute erwachen. Für diesen Fall der Entdeckung kam es mir nicht darauf an, ein Menschenleben zu opfern."

Somatisch finden sich stark geschwellte, feminine Mammae, sowie angewachsene Ohrläppchen.

Bei dem Gefangenen, der bald auf Versetzung in Einzelhaft drang, hat sich im Laufe der 3 letzten Jahre eine Schriftstellermanie entwickelt. Diese Erscheinung ist mit seinem früheren Schriftsetzerberuf in ursprünglichen psychologischen Zusammenhang zu bringen. Er dichtet, schreibt Romane, mehrere Dramen, hält sich für einen großen Schriftsteller, hat hochgesteigertes Selbstgefühl, versuchte, ein Opus an das Hofburgtheater in Wien anzubringen, machte zum Geburtsfeste des Regenten ein Huldigungsgedicht, ebenso anläßlich des Todes eines Mitgliedes des Herrscherhauses eine Trosteshymne an die Witwe, und bat, diese phrasenreichen und inhaltslosen Elaborate vorzulegen. Wollte in letzter Zeit auch an Carnegie schreiben, ebenso an andere Millionäre und Milliardäre, um sie für sich zu interessieren. Er ist bezüglich der literarischen Wertlosigkeit seiner Produkte völlig einsichtslos und unbelehrbar, außerdem stark nervös, aufgeregt, schläft zeitweise schlecht. Es ist anzunehmen, daß es sich bei diesem aufreibenden Drang nach Literatenruhm um ein bereits echt krankhaftes Gebilde handelt, das vermutlich aus dem Bedürfnis hervorwuchs, sich unter Verdrängung der traurigen Wirklichkeit eine höhere Gedankenwelt zu schaffen und eine gewisse Glückssphäre zu suggerieren. Heute ist das Bewußtsein eigener Größe schon unzweifelhaft fester Bestandteil der psychischen Persönlichkeit dieses Gefangenen geworden.

Der fünfte Jugendliche, ebenfalls außerehelich von einer ländlichen Magd geboren, wurde wegen schlechter Leistungen aus der 6. Schulklasse entlassen, dann Stallbube und Dienstknecht, wo er früh zum Trinken kam. Ueber erbliche Belastung ist nichts bekannt. Er tötete mit 20 Jahren an einem Sonntag nach vorangängigem Wirtshausbesuch einen angetrunkenen 80jährigen Austrägler auf dem Heimwege. Der Getötete pflegte mit Geld zu prahlen. Der Täter war in Geldnot, hatte den Verdienst verbraucht und stand kurz vor Einberufung zum Militär. Keine Vorstrafen. Gestand reuevoll erst in der Strafanstalt, woselbst er seit 1 Jahr weilt bei bisher tadelfreier Führung. Somatisch: Herzfehler, weite Bruchpforten, flacher Thorax, kleiner Hirnschädel, nach oben zu kahnförmig, kielartig zulaufend.

Psychisch macht der jugendliche Mann durch sein Auftreten, namentlich aber durch den von ihm gelieferten Lebenslauf bei der Aufnahme, in dem er schmucklos nach Kinderart, ohne Ideenzusammenhang und ohne Uebergänge und subjektive Färbung Begebenheit für Begebenheit seines Lebens aneinanderreiht, imbezillen Eindruck.

Zu diesem Abschnitt bemerke ich noch, daß auch in den hiesigen 40 Fällen das kräftige Jugend- und Mannesalter von 18—30 Jahren mit einer Quote von 31 maximal beteiligt ist. Sämtliche späteren Altersstufen teilen sich in die restierenden 9 Fälle! Med.-Rat Lumpp, dessen Material die gleiche Erscheinung aufweist, kommentiert diese mit Recht in folgenden Bemerkungen:

„Es sind dies die Jahre, in denen die Leidenschaften am meisten den Menschen beherrschen, in denen der Schwachsinnige im Kampfe ums Dasein versagt, die Jahre endlich, in denen die juvenilen Seelenstörungen auftreten, die manche Mörder im Keim schon mit hereinbringen. Unter diesen jugendlichen Mördern sind die Minderwertigen und Schwachsinnigen am meisten vertreten."

Ad VII. Die Vorstrafenlisten habe ich nur nach den 2 wichtigsten Gesichtspunkten geprüft, indem ich einerseits die gänzlich Vorstrafenlosen, und anderseits die Frühkriminellen aus ihnen vormerkte.

Ohne Vorstrafen fanden sich unter den 40 Gefangenen 7 Mann, Frühkriminelle dagegen 17 = 42,5%. In einer anderen Untersuchungsreihe, die ich[4]) über Kaisheimer Gefangene (215 Zugänge aus 2½ Jahren ohne Ausscheidung der Straftat) bereits 1911 zu veröffentlichen Gelegenheit hatte, fanden sich, wie vergleichsweise angeführt sei, 5 Mann ohne Vorstrafen sowie 118 = 54,8% Frühkriminelle!

Die Verhältnisse der 7 Nichtvorbestraften stellen sich folgendermaßen dar:

Der eine derselben, seit 30 Jahren in hiesiger Haft, wird uns unter den später gegebenen Krankengeschichten als geisteskrank Gewordener wieder begegnen (Fall 9).

Ein Zweiter, 25 Jahre in Haft, ist der in den Erläuterungen ad II bereits erwähnte Maurer und Gütler, dessen plötzliches kriminelles Handeln einer greifbaren Begründung zu entbehren schien. Vielleicht ist aber doch neben der körperlichen Unterwertigkeit (skrophulöse Erblindung des einen Auges) und der erblichen Belastung des Mannes (Bruder seit 15 Jahren Irre, ebenso eine Blutsverwandte väterlicherseits) der Umstand ein Erklärungsgrund, daß er am Tage vor der Tat im Wirtshaus über die Geldverhältnisse der Familie der Ermordeten sprach und sich dabei nach seiner Angabe über die ungleiche Verteilung der Glücksgüter „stark ärgerte".

Vom Dritten, einem Dienstknecht, der an einem Sonntag nach reichlich Biergenuß einen Heuschober in Brand steckte und den ihn begleitenden Kameraden, mit dem er vorher Händel hatte, erschlug und im Feuer verbrannte, heißt es in der Anklageschrift: „Ist ein roher, verkommener, arbeitsscheuer Mensch, wenn er auch nicht vorbestraft ist; er wird als verschlossen, falsch und hinterlistig geschildert, und hatte mit einer Frau ein ehebrecherisches Verhältnis, dessen Kritiker er wiederholt bedrohte." Erbliche Belastung fehlt; hat häusliche Erziehung genossen; Schulkenntnisse ganz gering. Die Eltern waren „früher" ordentlich; eine Schwester ist kriminell (Diebin).

Der nächste ist der in den Erläuterungen ad III als zweiter Genannte, ein starker Säufer, mit Basedow, aus herzleidender Familie.

Der fünfte Nichtvorbestrafte wurde in den Erläuterungen ad III an erster Stelle angeführt; er ist Sohn eines akademisch gebildeten Beamten, hat bei seiner in der Großstadt verheirateten Schwester eine wenig beaufsichtigte Gymnasialzeit durchgemacht, hörte auf zu studieren, wurde Brauer, diente beim Militär mit Eignung zum Reserveoffizier, wurde Versicherungsagent, heiratete, geriet in bittere Not und mordete deshalb nach Annahme der Anklage seinen Freund und Berufsgenossen. Leugnet mit Behauptung vollständiger Unschuld. Führt sich in bisher 8jähriger Haft gut. 1 Schwester der Mutter ist geisteskrank. Persönliches Potatorium zugestanden.

---

[4]) Viernstein: Aerztliche Untersuchungen an Kaisheimer Gefangenen. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 44 und 45.

Beim sechsten Nichtvorbestraften, einem verheirateten Hirten und Taglöhner, der laut Anklage „ein arbeitsscheuer und verarmter Mensch“ war, und wegen des hierbei leichter ermöglichten Müßigganges sich wiederum um eine Hirtenstelle hatte umsehen wollen, handelt es sich um die Ermordung eines Geld mit sich führenden anderen Hirten, den der Täter zum Verlassen seines Dienstplatzes veranlaßte und für sich „anwarb“, auf dem Wege aber durch Steinschläge tötete und der Barschaft von 200 Mark beraubte. Sofort völlig geständig, büßt der Täter seit 22 Jahren bei tadelfreier Führung am Straforte. Erbliche Belastung ist nicht gegeben, das Maß der erreichten Schulkenntnisse stellt sich als sehr dürftig dar.

Der siebente Nichtvorbestrafte ist im jugendlichen Alter von 20 Jahren zum Mörder geworden und erst seit 1 Jahr in Kaisheim. Wir haben ihn schon in den Erläuterungen ad IV an fünfter Stelle kennen gelernt (Mord an einem 80jährigen Austräger).

Eine ins einzelnste gehende Charakteristik auch der 17 Frühkriminellen zu geben, dürfte zu weit führen. Bei diesen, von vornherein die schlechteste soziale Prognose zulassenden Individuen handelt es sich zumeist um eine Kumulierung all der zahlreichen Momente und Einflüsse, die das Zustandekommen einer Verbrecherpersönlichkeit fördern helfen: sozialer Tiefstand, Heredität, persönliche geistige Inferiorität, Alkoholismus, mangelnde erzieherische Beeinflussung, schlechte Gesellschaft und Verführung.

Ad VIII. Von den 29 Geständigen legten laut Anklageschrift 15 sofort ein unumwundenes Geständnis ab. Ein Mann gestand erst nach 12jähriger Haft, ein weiterer nach 4jähriger, ein dritter sofort beim Eintritt in die Strafanstalt gelegentlich der Abfassung seines Lebenslaufes. Alle drei wohl unter dem Drucke seelischer Umkehr! — Der Rest der Geständigen macht Einschränkungen entschuldigender Art, die die Tat in besserem Lichte erscheinen lassen sollen.

Von den Nichtgeständigen — 11 Mann — interessieren zunächst 2, die jede Beteiligung an der Tat von Anbeginn an strikte in Abrede stellen und durch den Versuch der Wiederaufnahme des Verfahrens ihre Unschuld dartun wollen. Unter ihnen befindet sich ferner ein seit 32 Jahren verwahrter, nunmehr 57jähriger Mann, heute nach auffallend frühem Altern und mehrfachen apoplektischen Insulten von tiefer arteriosklerotischer Demenz befallen, der in früheren Jahrzehnten, vermutlich auf Grund eines krankhaften psychischen Prozesses, so sehr zur Ueberzeugung seiner angeblichen Unschuld gelangte, daß er in heftigsten Szenen u. a. auch die Mitunterzeichnung der für ihn eingereichten Begnadigungsgesuche stets ablehnte, da er sich zur Tat nicht bekenne und sein Recht haben wolle. Da selbst nach Aussage der eigenen, um den unglücklichen Vater besorgten Tochter an der Schuld ein Zweifel nicht aufkommen kann, ist das frühere, konsequente Gebahren dieses Kranken nur im Sinne des Unschuldswahnes, wie ihn Rüdin beschreibt und motiviert, zu verstehen.

Ad IX. Die Führung am Straforte ist für die Mehrzahl sämtlicher Gefangenen nicht so sehr ein Ausdruck ihrer Besserungsabsichten oder des Gegenteils hiervon, als vielmehr ein Symptom ihrer höchst verschiedenen psychischen Reaktion auf die Tatsache der Haftsetzung und auf die mannigfachen, durch das Haftdasein gegebenen Einwirkungen. Aus guter oder schlechter Führung an sich eine Prognose über Wiedereintritt oder Mangel sozialer Lebensfähigkeit zu stellen, ist als verfehlt zu betrachten.

Nervöse, erregte Imbezille, Hysteriker, Degenerierte, Geisteskranke gewisser Arten, wie sie in allen Schattierungen die Zuchthäuser bevölkern, reagieren auf plötzlich sich ergebende Situationen, besonders auch auf die vielfachen Reibungsflächen in einem geregelten und strengen Straftvollzug durch lebhafte seelische Alterationen. Indolente, apathische Imbezille, dement und „still“ Gewordene weisen anderseits beste Führung und Zufriedenheit im nämlichen Strafvollzug auf, ohne deswegen im mindesten eine höhere Gewähr zu bieten, daß sie bei ihrer Willens- und Charakterschwäche bis zu sozialer Brauchbarkeit im freien Leben gebessert wären!

Diese Tatsache gilt auch für die Gruppe der Lebenslangen.

Hinsichtlich ihrer häuslichen Führung erschien zweckmäßig, eine Dreiteilung zu machen: Gruppe 1 umfaßt jene mit tadelfreier Führung;

Gruppe 3 jene, die sich als renitent, gewalttätig und unverbesserlich gefährlich zeigten; Gruppe 2 liegt zwischen beiden und begreift jene, die geringere Verstöße gegen Ordnung und Disziplin begingen, die aber nicht auf rohe Anlagen, sondern mehr auf mangelnde Beherrschung der augenblicklichen Lage zurückzuführen sind.

Ein Ueberblick über Gruppe 1 — 12 Mann — lehrt, daß sich in ihr ein Geisteskranker mit indifferenter Gemütslage befindet, ferner mindestens 5 Gefangene, die intellektuell unter dem normalen Durchschnitt stehen.

Bei Gruppe 3 — 17 Mann — ergibt näheres Zusehen, daß 1 Mann seit Jahren geistesgestört ist (epileptische Psychose), ein zweiter im Endzustand einer früher lebhaft in die Erscheinung getretenen Haftpsychose vermutlich psychogenen Charakters sich befindet, ein dritter vorübergehend einen gemütlichen Depressionszustand hatte und vor 9 Jahren der Epilepsie verdächtig erschien (aura epileptica; petit mal), ein vierter an seniler Demenz mit sittlichen Defekthandlungen leidet, und daß endlich weiterhin 2 Gefangene als erblich stark belastet und intellektuell minderwertig bezeichnet werden dürfen.

Gruppe 2 — 11 Mann mit mittlerer erträglicher Führung — zählt einen durch langjährige Haft Gebrochenen, einen durch frühe Arterienverkalkung und Schlagflüsse dement Gewordenen, zwei Geisteskranke in Endzuständen, den bereits geschilderten Gefangenen mit Basedowscher Neurose, sowie einen als minderwertiger, schwerst belasteter Chikaneur und Querulant bekannten chronisch Kranken, endlich einen Imbezillen und einen — nach seiner Vorgabe — unschuldig Verurteilten ohne Belastung und ohne psychische Alienation.

Diese Liste erweist die Richtigkeit der Behauptung, daß die Führung der Gefangenen am Strafort die unmittelbare Folge des psychischen Zustandes ist. Aus diesem Grunde ist für die gesamte Behandlung gerade lebenslanger Gefangener im Strafvollzuge psychiatrisches Denken ein unerläßliches Erfordernis. Auch nach Liepmann (S. 756) „wird weit mehr als die Hälfte der unbotmäßigen und widerspenstigen Elemente als geistig gestört oder sehr zweifelhaft in ihrer Zurechnungsfähigkeit bezeichnet“. —

Zum Schlusse des allgemeinen Teiles sei auf die Rolle der Sonn- und Feiertage sowie der Nachtage, und auf den Einfluß eines der Tat vorangängigen Alkoholkonsums nochmals kurz eingegangen:

An Sonn- und Feiertagen begingen den Mord . . .	14	Mann,
an Montagen	3	„
Alkoholkonsum fand vor der Tat statt seitens . .	14	„

Von den 17 Sonn- und Feiertagsverbrechern finden sich nun charakteristischerweise volle 12 auch unter der Liste derer, die vorangängigen Alkoholgenuß aufzuweisen haben! Dieser Konsum wurde zwar von den Gerichten in keinem der 14 Fälle im Sinne der Trunkenheit gewertet, war aber doch jedenfalls in allen Fällen so stark, daß nach ärztlichem Ermessen eine akute psychische Schwächung aus ihm resultieren mußte, die auch im Augenblick der Tat noch wirksam war.

Im einzelnen ist der Erwähnung wert:

Ein Mann hatte mehrere Tage lang in Wirtschaften herumgekneipt, seine Geldsorgen vertrunken, kam nach Hause, tötete, beraubte und legte Brand. — Ein Mann mordete nach durchzechter Nacht. — Ein Mann mordete nach langem sonntägigem Zechgelage und legte Brand. — Ein Mann tötete nach durchschwelgtem Sonntag die Inhaberin eines Versatzgeschäftes, vom Anblick der Geldkassette beherrscht. — Bei 2 Mann wird „leichtes Angetrunkensein“ auch vom Gerichte erwähnt. — Ein Mann genoß am Sonntag vor- und nachmittags je mindestens 3—4 Glas Bier, mordete gegen Abend und erbrach auf dem Wege zur Tat sein Essen. (!) — —

B. Die erbliche geistige Belastung.

Med.-Rat Dr. Lumpp fand bei seinem Material von 50 Bruch saler Lebenslangen 13 Belastete, wobei in 2 Fällen Geisteskrankheit der Eltern bezw. Geschwister, bei 11 Trunksucht der Eltern vorlag. In der bereits erwähnten eigenen Untersuchungsreihe an 215 Kaisheimer Gefangenen — verschiedener Straftaten — habe ich selber eine geistige Belastung in 87 Fällen, gleich einem Prozentsatze von 70,46 ermittelt.

Hartmann fand 69,8 % untersuchter Verbrecher überhaupt belastet, wobei sogar Apoplexie nicht als belastend aufgefaßt wurde.[1])

Für mein diesmaliges Material von 40 Lebenslangen ist eine erbliche geistige Belastung in 20 Fällen, mithin bei 50 %, festgestellt. Ich gebe die gefundenen belastenden Momente hier in Zusammenhang wieder:

Der Vater war starker Trinker; ein Bruder der Mutter war ein sogenannter „Wanderer"; eine Schwester des Gefangenen puella publica. — Die Mutter nervös, geistig nicht „normal". — Die Mutter, eine Schwester und ein Bruder starben an Gehirnschlag. — Eine Mutter der Schwester hatte Epilepsie. — Ein Bruder befindet sich seit 15 Jahren in der Irrenanstalt, ebenso war eine Blutsverwandte väterlicherseits jahrelang Anstaltspflegling. — Vater starker Trinker. — Die ganze Familie ist herzleidend; ein Bruder ist ebenso wie der Gefangene mit Basedow behaftet. — Der Vater hat mehrere Schlaganfälle hinter sich. — Eine Schwester der Mutter starb nach 14jähriger Verpflegung in einer Irrenanstalt. — Vater war Trinker, aufgeregter Mensch, der alles zusammenschlug und öfters entfernt werden mußte; von Beruf Schneider. — Ein Bruder, Rechtspraktikant, ist Irre, ebenso eine Schwester; ein Brüder der Mutter ist ebenfalls Irre. — Vater starker Trinker. — Erbliche Belastung in der Familie ohne nähere Bezeichnung (im Akte) vermerkt. — Mutter lebte in Blutschande mit ihrem Vater. — Mutter starb in Gabersee; eine Schwester des Vaters, geistig abnormal, war in Familienpflege untergebracht. — Der Vater war ein auffallend jähzorniger und erregbarer Mensch. — Beide Eltern sind in noch jüngeren Jahren an Gehirnschlag gestorben. — Die Mutter wird als geizige, leidenschaftliche und launenhafte Frau geschildert; eine Cousine mütterlicherseits ist schwer hysterisch. — Die Mutter starb an Gehirnerkrankung.

Gehirnschlagfluß in der Aszendenz als Ausdruck sklerotischer Vorgänge und Ernährungsstörungen im Gehirn ist belastend. Bezüglich dieser Annahme darf ich auf v. Gruber-Rüdin, Fortpflanzung, Vererbung und Rassenhygiene, pag. 78[2]) verweisen, woselbst Arteriosklerose unter den „vererblichen Mißbildungen, krankhaften Anlagen und Krankheiten der Menschen" aufgeführt ist.

C. Erziehungs-, Schul- und Jugendverhältnisse.

Während bei 26 von 40 untersuchten Lebenslangen die Erziehungs-, Schul- und Jugendverhältnisse anscheinend von dem in niedersten Volksschichten und in der tiefstehenden Gruppe der Landbevölkerung gegebenen Rahmen nicht sonderlich abweichen und somit als „gewöhnlich" oder „herkömmlich"

---

[1]) Zitiert nach Leppmann: Der Gefängnisarzt; Berlin 1909, S. 175.

[2]) v. Gruber-Rüdin etc.: Illustrierter Führer durch die Gruppe Rassenhygiene der internat. Hygiene-Ausstellung 1911 in Dresden. München 1911. J. F. Lehmann.

bezeichnet zu werden vermögen, fanden sich bei 14 Fällen in den Personalakten und bei persönlicher Expertise doch Momente, die für die unglückliche Laufbahn der Betroffenen besonders mißlich, vielleicht sogar wesentlich mitbestimmend gewesen sein müssen.

Ich lasse diese Erkundungen folgen:

B. kam mit 12 Jahren nach dem Tode der Eltern ins Waisenhaus, von hier nacheinander in Staats- und Zwangserziehungsanstalten, schließlich ins Jugendgefängnis. — W. ist aus sehr ärmlichen Verhältnissen, fast ohne Schulbildung (hat auch laut Akten die Zuchthausschule 4 Jahre lang ohne Erfolg besucht). — H. A. ist Analphabet, außerehelich geboren, kam frühzeitig zum Hüten, wenig in die Schule. — L. hatte ärmliche Verhältnisse, die Mutter starb früh, der außer Haus arbeitende Vater kümmerte sich nicht um die Erziehung der zahlreichen Kinder. — M. wurde nicht zur Schule geschickt, um daheim mitarbeiten zu können; der Vater hatte außerhäuslichen Beruf. — P. besuchte, wenig beaufsichtigt, ein Großstadtgymnasium; Eltern in der Provinz. — J. hatte ständig gestörtes Familienleben infolge des trunksüchtigen, rabiaten Vaters. — B. litt unter fortgesetzter Mißhandlung durch den aufgeregten Vater. — Gr. hat trunksüchtigen Vater, Protzenbauer, der den jugendlichen Sohn im Wirtshaus zum Begehen von Körperverletzungen und Roheiten animierte. — Bei B. finden wir Armenhausmilieu mit schweren sittlichen Verfehlungen zwischen Vater und Tochter Völlige Zerreißung des Familienbandes durch Abstrafung der Mutter (Tochter) wegen Blutschande. — H. P. sagt selbst im „Lebenslauf" bei der Aufnahme: „Meine früheste Jugend war nichts als Not und Elend" (Großstadtarbeiterfamilie). — Pr. kam mit 12 Jahren außer Hause, lebte auf Kulturarbeiten schon früh mit Arbeitern in Kantinen zusammen. Tiefstehende Schulbildung (in der Anstalt mit 24 Jahren nach 2jähr. Haft an Psychose erkrankt). — Str.: Mutter und minderjährige Kinder im gemeindlichen Armenhause. Persönlich begabt, gute Schulbildung, jedoch von Seite der Lehrer „als Gassenbube durch und durch, von geradezu schlechter, häuslicher Erziehung" qualifiziert, „fähig, aber sehr unruhig, ein frecher, vorlauter Bursche". Bei der Schulentlassung Voraussage „daß er entweder im Zuchthause oder auf dem Schaffot enden würde." — A. außerehelich, Mutter außerehelich, Mutter und Großmutter, die den Gefangenen erzogen, sind gerichtlich vorbestraft; wenig beaufsichtigt, früh in schlechter Gesellschaft; 15.—18 Lebensjahr Wanderschaft nach Italien und England. „Brachte es im Berufe (Metzger) nie zu großer Geschicklichkeit".

D. Psychische Eigenschaften und psychische Schicksale.

Vieles von dem hierher Gehörigen ist schon an anderen Stellen verstreut zur Sprache gekommen. Die nachfolgenden Ausführungen sollen ergänzen und zusammenfassen!

Nach den allgemeinen statistischen Erhebungen, Ziffer VI, sind 14 Mann länger als 2 Jahrzehnte in Haft, 9 zwischen 11 und 20 Jahre, 10 zwischen 6 und 10, und 7 Mann erst 1—5 Jahre.

Diese große Differenz in den von den 40 Lebenslangen verbüßten Strafabschnitten, die zwischen 1 und 41 Haftjahren schwanken, bedingt eine ebenso verschiedene Beobachtungsdauer und damit verschiedene Beurteilungsmöglichkeit in psychischer Hinsicht.

Während wir bei den jüngst Zugegangenen kaum mehr als den Aufnahmebefund besitzen, geben uns die Langzeitigen zum Teil ein sprechendes Bild ihrer psychischen Wandlungen und Geschicke im Laufe des aussichtslosen Haftlebens; sie lassen dafür aber leider zuweilen bei der früher geringen Be-

tonung psychiatrischer Gesichtspunkte eine genaue Aufzeichnung ihrer anfänglichen Geistesverfassung und der allmählichen geistigen Fortentwicklung vermissen. Nur in wenigen alten Fällen steht eine fortlaufende Lebens-, recte Krankheitsgeschichte zur Verfügung.

Im allgemeinen geht die Erfahrung unserer Anstaltsleitung, wie auch von uns im Referat zu Liepmanns Arbeit (pag. 571) betont wurde, dahin, „daß jahrzehntelange, hoffnungslose Haft bei durchschnittlich allen solchen Menschen ein langsam fortschreitende Einengung der geistigen Persönlichkeit .... im Sinne eines Verblödungsprozesses zur Folge hat."

12 Gefangene sind denn auch, nachdem sie in meist jahrzehntelanger Haft diese typische Wandlung durchgemacht, heute an einem Zustand angelangt, der als allgemeine geistige Reduktion auf intellektuellem und affektivem Gebiete zu deuten ist. Sie sind „still" geworden.

In gleichem Schritte mit diesem, etwa einer vorzeitigen Altersinvolution der Psyche vergleichbaren Phänomen ging eine frühzeitige Abnahme auch auf körperlichem Gebiete: Altern, Nervosität, Arterienverkalkung, Nachlaß der Rüstigkeit und Arbeitsleistung bei allen, Entwickelung eines fortschreitenden Siechtums in einzelnen Fällen.

Ein Mann leidet an chronischer Tuberkulose des Bauchfelles seit reichlich 2 Jahren, kam schon mit tuberkulösen Erscheinungen vor 8 Jahren ins Zuchthaus. — 5 Gefangene haben wiederholte Apoplexien erlitten, davon zwei mit Ausgang in tiefe Demenz, beide nach mehr als 20jähriger Haft. — Ein Mann leidet an Arteriosklerose und allgemeiner Adipositát, einer an hartnäckigem Diabetes mellitus mit Arteriosklerose und apoplektischen Insulten.

Der Wert der Gesamtpersönlichkeit, gemessen an den Anforderungen des heutigen Wirtschaftskampfes im freien Leben, ist bei allen erheblich gedrückt, wenn nicht auf den Nullpunkt gesunken.

Neben diesen typischen Repräsentanten langzeitiger und hoffnungsloser Einsperrung fällt die Gruppe derjenigen Gefangenen auf, die im Laufe des Haftlebens, und zwar zu recht verschiedenen Zeiten desselben, in Geistesstörungen verfielen. Ihre Zahl ist 9.

Ehe ich auf Formen und Verlauf der Psychosen eingehe, wende ich mich dem bleibenden Rest der Untersuchten — 19 Fällen — zu.

Für einen Teil derselben kann in Berücksichtigung der dargebotenen persönlichen Geisteseigenschaften, der Anstaltsführung, Provenienz, Heredität, Jugend- und Lebensführung das Vorhandensein angeborener geistiger Minderwertigkeit behauptet werden.

Ich zähle 12 solcher Fälle. Von besonderer Prägnanz sind folgende:

Ein Mann ist Stotterer, Trinker und intellektuell unzulänglich. — Ein anderer weist Zwergwuchs, Flügelohren sowie die läppische Euphorie und Einsichtslosigkeit in die Lage auf, wie sie nur bei tiefstehendem Urteilsvermögen zu finden ist. — Zwei weitere sind ausgeprägte imbezille Säufer, haben beide

im angetrunkenen Zustande gemordet. — Ein Mann ist Stotterer, zeigt hysterische Züge, ist zeitweilig erregt und unglücklich, dabei tuberkulös, und arbeitet ganz unzulänglich an seiner Rehabilitierung, die er sich durch Wegbringen des Mordes und die Annahme eines Totschlages erhofft. — Ein Gefangener besitzt Zwergwuchs, macht verschmitzten Eindruck, war starker Trinker, hat vor der Tat sehr dem Biere zugesprochen und muß als Imbeziller aufgefaßt werden. — Weiterhin findet sich ein typischer, völlig apathischer Imbeziller mit schlechtesten Schulerfolgen, guter militärischer und Strafortsführung (seit 5 Jahren), tüchtiger Handwerker, der eine alte Frau ermordete und ihr post mortem noch die regio pudenda herausschnitt. — Wir sehen ferner einen debilen Menschen, ohne Charakterfestigkeit, 4 mal vorbestraft, der nie gut tat, seinen Vater bestahl, Roheiten und Gewalttätigkeiten gegen die Eltern beging, sie um Hab und Gut brachte, und ein luxuriöses Leben zu führen gewohnt war. Mordete als Soldat eine Frau und beraubte sie, „weil seine Geliebte ihn inständigst um Geld bat". War selbst in Schulden verstrickt. Seit 3 Jahren in Haft; tadelfreie Führung; leidet an Drüsentuberkulose.

Bei 7 Gefangenen endlich kann ein Zustand angeborener geistiger Minderwertigkeit nicht behauptet werden. Aber auch ihr Lebensweg läßt sie als geistig defekte Menschen, unsoziale Figuren erkennen. (Schluß folgt.)

Zur willkürlichen Beschränkung der Geburtenzahl.

Von Kreisarzt Dr. Jorns in Nordhausen.

Die Ursachen des Geburtenrückganges und die Mittel und Wege zu seiner Bekämpfung sind in so zahlreichen Abhandlungen, zuletzt in erschöpfender, glänzender Weise von Prof. v. Gruber auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, erörtert worden, daß es mir nicht in den Sinn kommen kann, oft Gesagtes zu wiederholen; mir liegt nur daran, in den folgenden Zeilen an einigen Beispielen zu zeigen, in welch' erschreckendem und vielfach nicht bekanntem Umfange und auf welchen Wegen die empfängnisverhütenden und fruchtabtreibenden Mittel ins Volk, insbesondere auch in die Landbevölkerung, dringen.

Es ist ja bekannt, wie die Lehren des Neomalthusianismus von findigen Geschäftsleuten aufgegriffen wurden, und wie lediglich die auri sacra fames dahin führte, daß der Handel mit Gummiwaren, Spritzen, Pulverbläsern, Zäpfchen u. s. f., sich zum Massenvartrieb entwickelt hat. In dieser und jener Gegend suchen Gummiwarenhändler als Hausierer wohl schon seit Jahren selbst kleine Ortschaften auf dem Lande heim. Landhebammen haben mich in die Machenschaften dieser Händler und Händlerinnen eingeweiht. Zieht z. B. solch eine Volksbeglückerin durch die Dörfer, so erkundigt sie sich zunächst nach der Wohnung der Hebamme, um dieser nicht in den Weg zu laufen. In den einzelnen Häusern werden die offiziellen Hausierwaren wie Strümpfe, Leibbinden u. a. angepriesen, nach den Familienangelegenheiten wird voller Teilnahme gefragt, die teuren Zeiten werden bejammert, und schließlich preist die mitfühlende Händlerin ihre Spritzen uud Gummikappen als Helfer aus aller Not an. Für Phantasiepreise ersteht die Tagelöhner-, Fabrikarbeiter- oder Bauersfrau das ihr bis dahin unbekannte

Ding. Mit der Kenntnis dieser Dinge ist dann auch fast ausnahmslos über die Frage des ferneren Nachwuchses unter den Eheleuten entschieden. Die Annahme, daß hierbei von denjenigen Eheleuten, die bereits Kinder haben, erst lange Betrachtungen angestellt und die Motive für und wider die Anwendung empfängnisverhütender Mittel sorgfältig erwogen würden, trifft nach meiner Kenntnis der Landbevölkerung ganz und gar nicht zu. Wissen heißt hier tun! Und das entscheidende Wort in dieser Frage sprechen wohl fast überall nicht die Männer, sondern die Frauen, von denen manche — ich habe Beispiele kennen gelernt — auch ohne Wissen des Mannes die Gummikappen oder Intrauterinstifte einlegen oder sich einlegen lassen.

Wie die Verhältnisse hierorts auf dem Lande liegen, war mir also seit langem bekannt. Dennoch war ich über die große Verbreitung dieser traurigen Erscheinungen überrascht, als ich unlängst gelegentlich gerichtlicher Haussuchungen, die wegen vermuteter Fruchtabtreibungen stattfanden, in einem etwa 800 Einwohner zählenden Dorfe — darunter zahlreiche Arbeiterbevölkerung (Kalibergwerk!) — die merkwürdigsten Instrumente zu Gesicht bekam. Spritzen mit den verschiedensten Ansätzen und Gebläsen, Pulverzerstäuber, „Patentax"-Tuben, Pessare, ja selbst Specula fanden sich vor. Eine Bergmannsfrau, die unlängst zum zweiten Male abortiert und zu guter Letzt wegen starker Blutungen den Knappschaftsarzt zugezogen hatte, gab zwar zu, ihre Spritze mit langem, spitzem Ansatz regelmäßig post coitum benutzt zu haben, aber mit dem Speculum wußte sie angeblich nichts anzufangen. Der Abort sollte „durch Verheben" hervorgerufen sein. Wie sollte das Gegenteil bewiesen werden? Fremde Personen standen nicht in Verdacht. Und woher die Instrumente in diesem Falle? Sie waren nachweislich zwei Jahre zuvor einem Gastwirt abgekauft worden, der sie seinerseits von einem Hausierer für die schuldig gebliebene Zeche erhalten haben wollte. Kurz, ein Strafverfahren folgte nicht, wohl aber dürften — weitere Aborte folgen.

Eine nicht minder große Bedeutung wie den Spritzen mit langem Ansatz kommt bei der Verhütung der Empfängnis und bei dem auch unter der Landbevölkerung immer häufiger werdenden Aborten den Stiftpessaren und Sterilets zu, die in den Uterus selbst eingeführt werden. Ich darf hierfür ein sehr bezeichnendes und wohl nicht alltägliches Beispiel anführen.

Von Hebammen war mir mitgeteilt worden, daß hierorts in Zwischenräumen von 2—3 Monaten eine unbekannte Frau auftauche, die einer sehr großen Zahl von Frauen „silberne Stifte" einlege, diese Stifte sich teuer (25 M.!) bezahlen lasse, sie ab und zu reinige u. s. f. Dabei wurde gemunkelt, daß eine vor längerer Zeit gestorbene Gastwirtsfrau durch das Tragen eines solchen Stiftes erkrankt sei. Tatsächlich stellte sich — wie ich vorweg bemerke — später heraus, daß jene Gastwirtsfrau in einer hiesigen Frauenklinik an einer Becken-

eiterung behandelt und an Pyämie zu Grunde gegangen war; nur fiel diese tötliche Erkrankung nicht der bis dahin unbekannten Pfuscherin, sondern deren Lehrmeister, einem Arzte Dr. Hollweg, zur Last, der vor einem Jahrzehnt sein Unwesen in Magdeburg getrieben und nach gerichtlicher Verurteilung wegen Körperverletzung sich nach Holland in Sicherheit gebracht hatte. Als eine schon früher in Magdeburg bestrafte Agentin dieses berüchtigten Arztes entpuppte sich also jene Person, namens Marie Löwe, die Haushälterin bei Dr. Hollweg zu sein angab und deren Verhaftung ich bewirkte, als ich eines Sonntagmorgens Kenntnis von ihrer Anwesenheit — wieder durch eine Hebamme — erhielt. Die vorgefundenen „silbernen Stifte“ erwiesen sich als vernickelte Intrauterinpessare, die mit Hilfe eines sondenförmigen Führungsstabes unter Leitung des Fingers (nicht des Auges) in die Gebärmutter eingeführt und hier durch zwei auseinander federnde Schenkel, die bis in die Tubenecken hineinragen, festgehalten werden.

Daß die Einführung solcher Instrumente unter Leitung des Fingers, also gleichsam im dunklen, vielfach nicht ohne Verletzung der Cervix und des Cavum uteri abgeht, erscheint wohl einleuchtend. Vor allem aber müssen solche Intrauterinpessare, die monate- und selbst jahrelang liegen bleiben, Reizungen, Blutungen und Druckgeschwüre der Gebärmutterhöhle verursachen. Zudem sind sie die sicher wirkendsten Abortivmittel; denn daß eine Schwangerschaft, die trotz solcher Pessare sehr wohl eintreten kann, beim Liegenbleiben der Stifte ausgetragen werden könnte, ist ausgeschlossen. Die Pfuscherin selbst war sich der Gefährlichkeit ihrer Künste auch sicherlich bewußt; ließ sie sich doch von jeder Frau vor der erstmaligen Einführung des Stiftes einen Schein des Inhalts unterschreiben: „Ich bescheinige hiermit, daß ich meiner bestimmten Meinung nach nicht unterleibskrank und nicht schwanger bin. Die Periode habe ich zuletzt gehabt am . . . .“ Hierdurch sollte wohl die Schuld bei einem etwaigen Abort auf die Frauen abgewälzt werden.

Trotz der schweren Bedenken, die ich von Anfang an gegenüber Polizeiverwaltung und Untersuchungsrichter gegen die Anwendung der angewandten Intrauterinpessare geltend machte, wäre die Pfuscherin beinahe wieder aus der Haft entlassen und nur wegen Gewerbevergehens bestraft worden, weil anfänglich ausgesprochene Fälle von Gesundheitschädigungen nicht namhaft gemacht werden konnten. Nun fanden sich aber in der beschlagnahmten Tasche der Pfuscherin annähernd 100 Bestellbriefe, durch die Frauen aus Stadt und Land aufgefordert werden sollten, sich zur Reinigung der Pessare in einer Gastwirtschaft, in der — nebenbei bemerkt — die hiesigen Sozialdemokraten ihre Vereinssitzungen abhalten, der verhafteten Person vorzustellen. Ausgedehnte polizeiliche Ermittlungen bei den durch die Bestellbriefe bekannt gewordenen Frauen ergaben wenigstens einige Fälle — zur Anklage kamen im ganzen 5 —,

bei denen eine Körperverletzung mit größerer oder geringerer Sicherheit infolge des Tragens der Stiftpessare anzunehmen war. Die meisten Frauen, die hauptsächlich dem Handwerker-, Unterbeamten- und in großer Zahl auch dem Arbeiterstande angehörten, hüllten sich begreiflichweise in Schweigen. Auch die Bekundungen der Aerzte, die einzelne Frauen wegen eingetretener Gesundheitsschädigungen hinterdrein behandelt hatten, fielen größtenteils wenig belastend aus. So kam es, daß von den 5 Fällen der Anklage, wegen deren das Schöffengericht eine Körperverletzung angenommen und auf eine Strafe von 1 Jahr und 1 Woche Gefängnis erkannt hatte, in der Berufungsinstanz vor der Strafkammer nur 2 Fälle übrig blieben, für die schließlich eine Gefängnisstrafe von 6 Monaten neben einer Geldstrafe für Uebertretung der Gewerbeordnung verhängt wurde.

Das ganze Treiben dieser gemeingefährlichen Pfuscherin und die erwähnte Schwierigkeit, sie überhaupt dem Strafrichter auszuliefern, gibt nach mehr als einer Richtung hin zu denken. Zunächst erscheint es kaum begreiflich, daß diese Person, wie sich in der Verhandlung herausstellte, seit reichlich 5 Jahren ihr Unwesen hier treiben konnte, ohne die Aufmerksamkeit der Behörden auf sich zu ziehen. Das Verkennen der Gefährlichkeit solcher Machenschaften, vor allem aber die Tatsache, daß die Moral unseres Volkes einen bedenklichen Tiefstand erreicht hat, haben wohl zu solch tief bedauerlichen Vorkommnissen geführt. Nimmt es da noch wunder, daß Nordhausen mit einer Geburtenziffer von 22,0‰ im Jahre 1911 die Reichshauptstadt mit einer solchen von 22,8‰ unterbietet?

Bedauerlich ist in diesem Falle ferner, daß durch die heutige Gesetzgebung das Zugreifen trotz der offen zu Tage liegenden Gefahren so sehr erschwert wird. Weshalb bedarf es erst ganz bestimmter Fälle von eingetretenen Gesundheitsschädigungen? Warum genügt nicht einfach die Tatsache der Anwendung der Intrauterinpessare, um ein gemeingefährliches Treiben als vorliegend anzusehen? Der Verteidiger der betreffenden Pfuscherin machte zwar 88 (!) Frauen namhaft, die das Stiftpessar längere Zeit — bis zu 5 Jahren! — ohne nachweislichen Schaden getragen hätten, und ein von der Verteidigung als Sachverständiger geladener auswärtiger Arzt erklärte vor Gericht, daß er seit einigen Jahren wohl 200 Frauen das Hollweg-Pessar eingelegt und noch niemals schlechte Erfahrungen damit gemacht habe. Diese Einwände vermögen nichts an meiner Ueberzeugung zu ändern, daß die Intrauterinstifte auf jeden Fall schaden und selbst tödliche Bauchfellentzündungen im Gefolge haben können. Diese Auffassung wird meines Wissens von den erfahrensten Klinikern geteilt; besonders hat Geheimrat Prof. Dr. Veit-Halle, der in diesem Prozesse als Sachverständiger von der Staatsanwaltschaft geladen war, in einer besonderen Abhandlung über diesen Fall die gleiche Auffassung vertreten und daran beherzigenswerte Vorschläge

geknüpft.[1] Veit zieht aus seinen trefflichen Darlegungen u. a. die Schlußfolgerung: „Das indikationslose Einlegen antikonzeptioneller intrauteriner Instrumente stellt für die Frau eine vorsätzliche Körperverletzung dar und ist als solche strafbar.“ Es ist dringend zu wünschen, daß alle Aerzte sich wieder zu dieser Auffassung bekehren. Andernfalls könnte es sich sehr wohl ereignen, daß auch einmal ein Arzt gleich jener Pfuscherin wegen Körperverletzung angeklagt wird. Die Aerzte tragen jedenfalls nicht zum kleinsten Teile mit die Verantwortung dafür, daß die Juristen so schwer von der Gefährlichkeit der meisten empfängnisverhütenden Mittel zu überzeugen sind. Es muß ein trauriges Unikum bleiben, daß ein hiesiger Arzt in einer unsere Pfuscherin betreffenden Vorbesprechung, zu der die Anklagebehörde mehrere ortsansässige Aerzte gebeten hatte, erklären durfte, er vermöge in der Handlungsweise der angeklagten Pfuscherin nichts Verwerfliches zu erblicken; Geburtenbeschränkung sei nötig; weil aber die meisten Aerzte sich vor der Anwendung solcher Stiftpessare scheuten, deshalb seien die unteren Stände gezwungen, zur Pfuscherin zu gehen!! Diese Aeußerung eines vielbeschäftigten Arztes und Krankenkassenkönigs wirft jedenfalls ein grelles Licht auf die Umwertung der ärztlichen Ethik. Nur etwas macht die erwähnte Aeußerung verständlich: der betreffende Arzt gehört der sozialdemokratischen Partei an.

„Sozialdemokratie und Geburtenrückgang“. Hiervon zuletzt noch ein Beispiel. Unter der genannten Ueberschrift machte Kreisarzt Rauch-Eisleben in Nr. 3 des letzten Jahrganges dieser Zeitschrift auf die Vorträge einer Frau Alma Wartenberg aus Altona aufmerksam und er bemerkte am Schlusse seiner kurzen Mitteilung, daß Strafantrag bei der dortigen Staatsanwaltschaft gestellt worden sei. Anscheinend ohne Erfolg; denn erst jüngst ist in Nordhausen die Schlossersehefrau Wartenberg zum ersten Male auf Grund des § 184 St. S. B. zu 2 Monaten Gefängnis verurteilt worden.

Meinem Antrage, die Vorträge der W. im Stadtkreise Nordhausen und im Kreise Grafschaft Hohenstein zu verbieten, wurde zwar nicht stattgegeben, von der hiesigen Polizeiverwaltung die Erlaubnis jedoch nur unter der Bedingung erteilt, daß das Thema „Geburtenbeschränkung“ in dem vom „Bildungsausschuß des sozialdemokratischen Vereins“ veranstalteten Vortrage nicht erörtert werden dürfte. Einem solchen Vortrage wohnte ich nun bei. Zugelassen wurden im übrigen nur Frauen und auch vereinzelte Mägdelein, im ganzen füllten schätzungsweise 300 bis 400 Personen den Saal. Das ganze Gebiet der Frauenkrankheiten, des Geschlechtslebens, der Geschlechtskrankheiten wurde nicht ohne Geschick besprochen. Dabei äußerte die

---

[1] J. Veit: „Der Geburtenrückgang, seine Ursache und die Mittel zu seiner Bekämpfung.“ Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynäkologie; V. Band, 2. Heft.

Rednerin allerdings auch ihren Unwillen, daß ihr verboten worden sei, über Empfängnisverhütung eingehender zu sprechen. Die Arbeiterfrauen müßten ebensogut wie die reichen Leute das Recht haben, die Befruchtung zu verhüten usw. Vor Fruchtabtreibungen aber wurde ausdrücklich gewarnt. Im zweiten Teile des Vortrages gab die W. bei Vorführung von etwa 30 Lichtbildern dann doch so deutliche Hinweise über Scheidenwaschungen, Pessare u. ä., daß intelligente Frauen sehr wohl die naheliegenden Schlußfolgerungen daraus ziehen konnten. Die Lichtbilder selbst stellten dar die Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane, männliche Samenfäden, die Befruchtung des Eis, die Entwicklung der Frucht, die verschiedenen Kindslagen, die Vorgänge bei der Geburt, den Dammschutz, eine Eileiterschwangerschaft u. s. f Ein Teil der Lichtbilder schien geradezu dem Hebammenlehrbuch entnommen zu sein, so daß ein solcher Vortrag für Hebammen ganz lehrreich gewesen wäre. Aber auch für Arbeiterfrauen??

Nun, was vorauszusehen war, geschah: Der „Bildungsausschuß" der organisierten Arbeiter schickte die Frau W. hinaus aufs Land, wo diese etwa 12 Vorträge in kleineren Städten und größeren Dörfern hielt. Honorar der W.: 25 M. für jeden Vortrag aus der Parteikasse! Wie aber ging es in diesen Versammlungen zu! Einige Hebammen, die zuhörten, haben zunächst mir und dann vor Gericht darüber berichtet. Auf dem Lande legte sich die Vortragskünstlerin keine Beschränkungen auf, sondern brachte alles das vor, was schon Rauch mitgeteilt hat.[1]) „Lichtbildervorträge" wurden ohne nähere Bezeichnung des Themas angekündigt. Geringes Eintrittsgeld. Ein Genosse eröffnete gleichsam als Impresario die Versammlung mit einer politisch gefärbten Ansprache: elende Lage der Arbeiter, Segen der Organisation, Fahne der Sozialdemokratie hochhalten usw.

Und die Teilnehmer? Junge Leute unter 16 Jahren erhielten zwar keine Eintrittskarten, im übrigen aber hatten Personen männlichen wie weiblichen Geschlechts ohne Auswahl Zutritt. Halbwüchsige Burschen bis herab zu 16 Jahren, unverdorbene Mädchen, junge Frauen, Männer, kurz, Personen jeden Alters und jeden Standes lauschten der Verkündigung der neomalthusianischen Lehren; die Burschen kichern bei Vorführung der Lichtbilder, die Mädchen und jungen Frauen, deren Schamgefühl in der ländlichen Abgelegenheit noch nicht erstorben ist, empören sich, Eltern schämen sich vor ihren Kindern, die Kinder vor den Eltern.

Mußte das alles sein? Auch hier hat die Sorglosigkeit der Ortspolizeibehörden viel Unheil angerichtet. Die Frau W. und ihr Helfer sind von der hiesigen Strafkammer nun zwar zu geringen Gefängnisstrafen verurteilt worden, und durch den Erlaß des Herrn Ministers des Innern vom 6. Juni d. Js. ist wohl dafür gesorgt worden, daß an anderen Orten solche Vor-

---

[1]) Siehe diese Zeitschrift; 1918, Nr. 8, S. 107.

träge vorläufig nicht so leicht wiederkehren. Ob sie aber auch für alle Zukunft unmöglich gemacht sind, steht dahin. Das Urteil der hiesigen Strafkammer hat nur die vorgeführten Lichtbilder vor einem z. T. unreifen Publikum als Abbildungen im Sinne des § 184 Str. G.-B. erklärt und auf den eigentlichen Vortrag, insbesondere auf die Belehrungen über die Mittel zur Geburtenbeschränkung, kaum Bezug genommen. Ja, von der Einziehung der beschlagnahmten Bilder wurde sogar Abstand genommen, „weil sie an sich nicht unsittlich sind und bei Verwendung vor einem geeigneten Publikum deshalb nicht ungünstig zu wirken brauchen".

Ich muß mich darauf beschränken, dies Urteil in den Hauptzügen ohne Kritik wiederzugeben, denn noch wird das Reichsgericht zu sprechen haben. So viel dürfte aber doch wohl aus meinen Ausführungen hervorgehen, daß die heutigen Gesetze weder in dem letzterwähnten, noch in den übrigen Fällen genügende Handhaben bieten, um die immer schamloser werdende Verbreitung der malthusianischen Lehre und dem immer umfangreicher werdenden Handel mit empfängnisverhütenden und fruchtabtreibenden Mitteln so wirksam zu bekämpfen, wie jeder Volksfreund es dringend wünschen muß.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Die rechtliche Beurteilung des ärztlichen Rates zum illegitimen Geschlechtsverkehr. Von Dr. Eugen Wilhelm, Amtsgerichtsrat a. D. in Straßburg i. E. Sexualprobleme; 1913, Nr. 9 und 10.

Es können strafrechtliche und zivilrechtliche Folgen des Rates in Frage kommen. Der Rat zum illegitimen Sexualverkehr an und für sich wird nach keinem Gesetz verboten oder gar strafrechtlich geahndet. Man könnte jedoch vielleicht daran denken, ob nicht der betreffende Rat sich nach § 180 Str. G. B., dem Kuppeleiparagraphen, als strafbar darstellt. Das wird so lange nicht der Fall sein, als der Arzt sich damit begnügt, lediglich den Rat zum Geschlechtsverkehr zu geben, ohne dem Patienten Orte zwecks Schließung von Verbindungen zur Ausübung des Verkehrs oder gar bestimmte Personen zu solchem Zweck zu nennen. An die Anwendung des § 180 ist schon deswegen nicht zu glauben, weil der einfache Rat keine Vorschubleistung durch Vermittlung oder Gewährung von Gelegenheit enthält. Gibt der Arzt im gesundheitlichen und sozialen Interesse der Patienten gewisse Orte an, wo weniger gefährliche Frauenzimmer getroffen sind, so kann er u. a. wegen Vergehen gegen § 180 verurteilt werden, namentlich wenn der Patient tatsächlich an den bezeichneten Orten den Geschlechtsverkehr ausgeübt oder Bekanntschaften zu diesem Zweck gemacht hat. Wenn der Arzt einer verheirateten Person aus gesundheitlichen Gründen den Rat zum außerehelichen Geschlechtsverkehr gibt, womit die Anempfehlung eines Ehebruches verbunden ist, so fragt es sich, ob er nicht wegen Beihilfe oder Anstiftung zu einem Verbrechen belangt werden kann; Wilhelm verneint die Frage, wenn es sich blos um einen Rat oder Gutachten und nicht um intensivere Beeinflußung handelt. Auf alle Fälle bleibt der Rat straffrei, wenn der eine Gatte dem außerehelichen Verkehr des anderen zustimmt. Die Annahme des Notstandes nach § 54 Str. G. B. würde hier kaum in Betracht kommen, da praktisch kein Gericht jemals die strafbare Befriedigung des Geschlechtstriebes auf Grund des § 54 Str. G. B. für straffrei erklären würde. Weiter kommt in Frage, ob der Arzt sich durch den Rat zum illegitimen Sexualverkehr nicht der Verletzung der Gesundheit der Patienten

schuldig macht und dafür bestraft werden kann (§ 230 Abs. 2 Str. G B.). Eine Fahrlässigkeit begeht der Arzt, wenn er den Beischlaf ohne dringende medizinische Indikation vorschreibt, wenn er es versäumt, den Patienten auf die Gefahren des illegitimen Geschlechtsverkehrs aufmerksam zu machen, oder wenn der Rat einer ungeeigneten Person (einem Geistesschwachen, Unreifen) erteilt wird. Es muß aber ein Kausalzusammenhang zwischen schädigender Handlung und schädlicher Folge vorhanden sein. Im übrigen übernimmt der Patient freiwillig das Risiko; er hat die Folgen seiner Handlung in erster Linie sich selbst zuzuschreiben. Den Geistekranken ist der Hypnotisierte gleich zu achten, dem der Arzt in der Hypnose den außerehelichen Beischlaf befohlen hat. Erwirbt sich der Hypnotisierte eine Geschlechtskrankheit, so ist der Arzt wegen fahrlässiger Körperverletzung strafbar. Soll der Arzt verurteilt werden können, so muß es sich um eine Ansteckung handeln, die mehr oder weniger unmittelbar auf den erteilten Rat erfolgt ist.

Zivilrechtlich kann eine Haftung des Arztes in Betracht kommen auf Grund des § 677 B. G. B., wenn der Arzt einen pflichtwidrigen Rat erteilt. Es kann sich z. B. um Erstattung der Kurkosten handeln, wenn sich der Patient durch den angeratenen Verkehr eine Geschlechtskrankheit erwirbt. Aber zivilrechtlich ist der erwachsene Zurehnungsfähige oder überhaupt geistig reife Patient selbst für die Folgen des Geschlechtsverkehrs verantwortlich; eine Verantwortung des Arztes kommt auch im Zivilrecht nur in den früher erwähnten Ausnahmefällen in Betracht. Der ärztliche Rat zum außerehelichen Geschlechtsverkehr aus diagnostischen Gründen, z. B. um die Potenz festzustellen, bringt juristisch keine Konsequenzen mit sich. Wenn der Arzt jedoch den Rat zum Geschlechtsverkehr gibt, um festzustellen, ob eine Gonorrhoe durch den provozierenden Coitus wieder hervorgerufen werde, so macht er sich, wenn dadurch eine gesunde Person angesteckt wird, eines Verbrechens schuldig und muß straf- und zivilrechtlich dafür haften.

Dr. W. Hanauer-Frankfurt a. M.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Pathologisch-serologische Befunde bei Geisteskranken auf Grund der Abderhaldenschen Anschauungen und Methodik. Von A. Fauser-Stuttgart, Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 70. Band, I. Heft.

Fauser geht bei seiner Arbeit von dem inhaltsreichen Buche Abderhaldens: „Die Schutzfermente des tierischen Körpers" aus und hat selbst schon seit vielen Jahren die Vermutung gehabt, es möchte sich bei der Dementia praecox um eine Vergiftung seitens der Geschlechtsdrüsen handeln. Analoge Vermutungen hatte er auch in bezug auf andere Erkrankungen und andere Organe. Solange es aber an den exakten Methoden zu ihrer naturwissenschaftlichen Begründung fehlte, handelte es sich nur um unbewiesene Hypothesen. Unter Berücksichtigung des Immunitätsproblems dachte Fauser, daß bei denjenigen Psychosen, bei denen die schädigende Ursache in den Geschlechtsdrüsen oder in der Schilddrüse vermutet werden konnte, diese Organe resp. ihre Sekrete Antigencharakter besitzen und sich dann die entsprechenden Antikörper im Blut der Kranken nachweisen lassen könnten. Fauser selbst erschien dann bei der besonderen Richtung seiner eigenen Ideen unter den von Abderhalden berichteten Anschauungen namentlich die von besonderer Wichtigkeit, daß eine Substanz zwar arteigen, aber gleichzeitig blut- oder organfremd sein kann. Klärend und ermutigend wirkte auf ihn auch die von Abderhalden bereits mit Erfolg gemachte Anwendung seiner Theorie und Methoden auf die serologische diagnostizierte Schwangerschaft. Sofort drängte sich ihm die Analogie der Placenta und der nervösen Störungen während der Schwangerschaft mit den Organen der inneren Sekretion und den durch sie bewirkten Störungen auf. Bei der Schilddrüse war dieser Zusammenhang zwischen Organen und nervöser Störung ja schon längst klinisch bekannt und durch die Folgen der partiellen oder totalen Schilddrüsenestirpartion erwiesen. Da nun, wie Abderhalden hervorhebt, jedes Organ und jede Zelle schließlich auch ein Organ der inneren Sekretion darstellt, so dürften nach Fauser ähnliche Verhältnisse auch für die Geschlechtsdrüse und möglicher Weise auch für andere Drüsen der Sekretion erwartet werden.

Bei der Dementia praecox fand er bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Schutzfermen sowohl gegen Geschlechtsdrüsen, wie gegen Hirnrinde. Daraus folgt, daß im Blut dieser Kranken Geschlechtsdrüsen- und Hirnrindeneiweiß zirkuliert. Wenn also bei der Dementia praecox in der überwiegenden Zahl der Fälle Schutzferment sowohl gegen Geschlechtsdrüsen, wie gegen Hirnrinde gefunden wird, so ist man zu der Annahme berechtigt, daß hier eine Tysfunktion sowohl der Geschlechtsdrüsen, wie der Hirnrinde vorliegt.

Bei Kropfkranken und zwar sowohl bei Basedowpsychosen, wie bei anderen psychischen Störungen, die in dem weiten Rahmen Dementia praecox untergebracht werden konnten, fand sich Schutzferment sowohl gegen Schilddrüse, wie gegen Hirnrinde.

Mit verschwindenden Ausnahmen erhielt Fauser bei der progressiven Paralyse stets Schutzferment gegen Rinde; einige Male fand er nebenher auch Schutzferment gegen Niere und Leber. Dieses Vorkommen mehrerer Schutzfermente spricht für die Kraepelinsche Auffassung der Paralyse als einer Erkrankung des Gesamtkörpers. Unter den sog rein funktionellen Psychosen fand der Verfasser bis jetzt niemals Schutzferment gegen Hirnrinde, während bei den epileptischen und alkoholischen Geistesstörungen in einigen schwereren Fällen Schutzferment gegen Rinde gefunden werden konnte.

Sollte die Psychiatrie aus Fausers Befunden und Gedankengängen neue Impulse und Anschauungen gewinnen und eine künftige pathologische Serologie der Psychosen in Verbindung mit der pathologischen Histologie des Gehirns die Grenzen der körperlichen Betrachtungsweise der geistigen Störung erweitern, so darf man nicht vergessen, daß wir dieses Neuland in erster Linie Abderhalden zu verdanken haben. Dr. Többen-Münster.

Heilversuche mit Tuberkulininjektionen bei Dementia praecox. Von Dr. Treiber, Anstaltsarzt in Landsberg a. W. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 70 Band, Heft 5.

Unter 11 mit Tuberkulin behandelten Fällen von Dementia praecox findet sich keiner, der einwandfrei für eine günstige Beeinflussung der Krankheit durch die Injektionen spräche. Immerhin ist dieses Material noch zu klein, um ein definitives Urteil über den Wert der Behandlungsweise abzugeben. Jedenfalls aber mahnen die Beobachtungen zur äußersten Vorsicht bei der Anwendung des Tuberkulins bei Schizophrenen.

Dr. Többen-Münster.

Dementia paralytica und Syphilis. Von Hideyo Noguchi-New-York. Berliner Klin. Wochenschrift; 1913, Nr. 41, S. 1894.

Der Verfasser, der im Hirn Paralytischer die Spirochäte pallida fand, bezeichnet die progressive Paralyse als eine diffuse Spirochaetose des ganzen Gehirns. Besonders ist die Rindenzone betroffen. Wurden Aufschwemmungen des frischen Hirns in Kaninchenhoden eingespritzt, so verzögerte sich das Auftreten spezifischer Orchitis ganz wesentlich. Zum Verständnis der Entwicklung der progressiven Paralyse ist folgender Versuch wichtig: Kaninchen wurden subdural und in die Hirnsubstanz mit syphilitischen Hodenprodukten geimpft; eine Erscheinung seitens des Zentalnervensystems trat nicht ein. Wurden die Tiere aber zuvor durch intravenöse Einspritzungen getöteter oder lebender Spirochaeten einige Monate behandelt und dann ein Stück eines syphilitischen Hodens subdural inseriert oder Brei daraus in die Hirnsubstanz injiziert, so traten bei den vorbehandelten Tieren nach zwei Monaten Lähmungen auf; die Tiere wurden stuporös und matt. Die Krankheit machte weitere Fortschritte, die Tiere zeigten deutlich Ataxien und schließlich eine völlige Lähmung der hinteren Körperhälfte. Anatomisch fand N. dreimal eine diffuse, nicht eitrige Meningitis, einmal eine Atrophie des Stirnlappens, zweimal diffuse Sklerose des Gehirns. Durch Silberfärbung wurden Spirochaeten nachgewiesen. Die Gefäße zeigten eine Proliferation der Endothelien, wie perivaskuläre Infiltration, ganz ähnlich wie bei menschlicher Paralyse. Dr. Beintker-Düsseldorf.

Ueber die Bedeutung gynäkologischer Erkrankungen und den Wert ihrer Heilung bei Psychosen. Von Dr. König und Dr. Kinzenmeyer in Kiel. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie; Bd. 34, H. 3.

Nach Anführung der hierüber bisher erschienenen Literatur werfen die Verfasser die Frage auf, ob es Psychosen gibt, die einzig und allein durch eine genitale Erkrankung verursacht und demzufolge auch durch lokale Heilung zum Verschwinden gebracht werden können? Es wurden 178 Frauen durch einen Fachmann untersucht und falls nötig, gynäkologisch teils konservativ, teils operativ behandelt. Die Verfasser kommen zu dem Schluß, daß die gynäkologische Therapie bei Psychosen ein Schlag ins Wasser sei. Nicht in einem einzigen Fall glückte es, obwohl die Frauen gynäkologisch geheilt wurden, einen heilenden Einfluß auf die erkrankte Psyche auszuüben. Die von Bossi erzielten Erfolge werden in der Hauptsache erklärt durch die große suggestive Wirkung, die offenbar von seiner Persönlichkeit ausgeht, während den operativen Eingriffen nur ein die Suggestivwirkung unterstützende bescheidene Rolle eingeräumt wird. Dr. Többen-Münster.

Kritik der Freudschen Theorieen. Von E. Bleuler-Burghölzli. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 70. Band, V. Heft.

Bleuler hält zwar den allgemeinen Aufbau der Psychologie Freuds für unrichtig, betrachtet aber doch eine Anzahl einzelner Bruchstücke davon als wichtige Bereicherungen unseres Wissens. Für ein großes Verdienst hielt er die Herausarbeitung des Begriffes der „Verdrängung". Es ist seiner Auffassung nach etwas Richtiges an der Vorstellung, daß die Affekte sich von den zugehörigen Vorstellungen loslösen und eventuell eine Zeitlang „frei flottieren" oder sich an andere Ideen anheften oder krankhafte Symptome provozieren können. Auch hinter dem Begriff des „Abreagierens" ist nach Bleuler etwas Richtiges, und mit Recht soll Freud die Bedeutung des Unbewußten für Psychologie und Psychopathologie hervorgehoben haben, wenn auch seine theoretischen Vorstellungen darüber zu verwerfen sind. Die Freudsche Theorie über die Entwicklung der Sexualität ist ungenügend fundiert und im Widerspruch mit Erfahrungen auf anderen Gebieten. Richtig ist nach der Auffassung Bleulers, daß es eine infantile Sexualität gibt, daß Spuren von perversen Strebungen bei Nervösen und Psychotischen ganz gewöhnlich zu finden sind, die so häufige Onanie indirekt Einfluß auf die Psyche ausübt, und nichts so leicht der Verdrängung unterliegt wie sexuelle Komplexe. Die Bedeutung der Sexualität ist von Freud überschätzt worden, anderseits ist es noch ganz unberechtigt, immer nur sexuelle Erklärungen zu suchen. Besonders wichtig ist der Begriff der Verdrängung von unerträglichen Gedanken. „Verdrängung" ist aber namentlich bei krankhafter Anlage nicht gleich einer „vollständigen Unterdrückung". Verdrängte Gedanken bleiben mit ihren Affekten vom Unbewußten aus wirksam und erzeugen Krankheitssymptome. Die Bedeutung infantiler Wünsche und Erlebnisse ist noch nicht genügend abzuschätzen; sie verlangen aber Berücksichtigung. Ueber den therapeutischen Wert oder Unwert der Psychoanalyse kann man streiten, aber nicht wissenschaftlich diskutieren. Zu diesem Zweck verwendbares Material besitzen wir noch so wenig wie Beobachtungsserien, die man zur Diskussion über die anderen Behandlungsarten der Neurosen oder über den Wert der verschiedenen Pneumotherapien verwenden könnte.

Die vorstehend nur bruchstückweise aus einem Referat Bleulers in der Sitzung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Breslau vom 13. Mai 1913 wiedergegebenen Anschauungen mögen sicherlich etwas Wahres enthalten. Sie stehen aber in schroffem Gegensatz zu den Meinungsäußerungen zahlreicher Psychiater. Diese Tatsache wird am besten bewiesen durch Hoches auf demselben Irrenärzte-Tag gehaltenes Referat, das in folgenden vernichtenden Leitsätzen gipfelt:

„1. Die Lehren der sogenannten „Psychoanalyse" sind weder theoretisch noch empirisch genügend begründet.

2. Die therapeutische Wirksamkeit der „Psychoanalyse" ist unbewiesen.

3. Der Dauergewinn für die klinische Psychiatrie ist gleich Null.

4. Der abstoßende Eindruck, den die psychoanalytische Bewegung auf

das nüchterne Denken ausübt, beruht auf der durch und durch unwissenschaftlichen Methodik.

5. Der Betrieb der „Psychoanalyse" in seiner heute vielfach geübten Form ist eine Gefahr für das Nervensystem der Kranken und kompromittierend für den ärztlichen Stand.

6. Das einzige bleibende Interesse an der psychoanalytischen Episode liegt auf kulturgeschichtlichem Gebiet." Dr. Többen-Münster.

Praeneurasthenische und solche Zustände, die Geisteskrankheiten vorausgehen. Von Prof. Ross Moore, Los Angeles. Vorlesung in der Sektion für Neurologie und Psychiatrie auf der 64 Jahresversammlung des Am. med. ass. The journ. of am. med. ass.; 1913, LXI, S. 643.

Der Autor unterscheidet:

1. Das neurasthenische Kind mit leicht gestörtem Gleichgewicht, verringertem Ausdruck der Gesichtszüge, Neigung zu Ermüdbarkeit. Haltung nicht ganz aufrecht; Extension der Hände, Hebung der Arme, Daumenspreizung mangelhaft. Abnorme Empfindlichkeit gegen äußere Eindrücke, eigenartige Verbindung zwischen Ausgelassensein und wirklicher körperlicher Ermüdung.

2. Den praeemotionellen Typus. Das Kind reagiert auf innere Reize, mehr als auf äußere. Furcht, Ehrgeiz, Haß, Liebe, Sorge werden zu inneren Gründen für Reaktionen nach außen. Der Jugendliche hat vielerlei Liebhabereien und interessiert sich für alles. Er ist lebhaft und faßt gut, lebendig in all seinen Leistungen, in Freude und Sorge.

3. Die Praedementen ermüden nicht leicht und sind nicht leicht erregbar. Dr. Mayer-Simmern.

Intelligenzprüfungen an abnormen Kindern. Von Prof. Dr. Franz Kramer-Berlin. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie; Bd 33, H. 6.

Dem Verfasser erscheint besonders bemerkenswert ein Vergleich zwischen dem Resultat der Intelligenzprüfung und den Schulleistungen der Kinder. Für die Bewertung der Binetschen Methode, die von dem Gedanken ausgeht, für die verschiedenen Altersstufen der Kinder eine Reihe von Tests zusammenzustellen, die von dem intellektuell normalen Kinde des entsprechenden Lebensalters erfüllt werden, vom jüngeren Kinde dagegen noch nicht geleistet werden können, zeigt der Vergleich uns, daß der naheliegende Einwand, man prüfe nur Schulkenntnisse, nicht berechtigt ist. Es ergibt sich im Gegenteil, daß wir in erheblichem Grade unabhängig sind von dem, was die Kinder in der Schule gelernt haben, und daß wir im wesentlichen Leistungen verlangen, die das normale Kind sich unbeeinflußt von Erziehung und Unterricht in einem bestimmten Alter anzueignen pflegt. Da diese Erfahrungen das Vertrauen zu der Brauchbarkeit der Methoden erheblich stärken, bedarf keiner besonderen Erläuterung.

Wenn wir annehmen, daß die Methode uns ein im ganzen zutreffendes Bild der Intelligenz gibt, so zeigen uns ferner die Ergebnisse, daß wir zur Beurteilung eines Kindes und zur Beantwortung der uns gestellten praktischen Fragen nicht einseitig die Verstandesleistungen heranziehen, sondern die gesamte psychische Persönlichkeit berücksichtigen müssen. Wir sehen, in wie hohem Grade die Schulfähigkeit der Kinder von anderen physischen Faktoren beeinflußt wird; in gleichem Maße gilt das auch für das Fortkommen im Berufe, für die soziale Brauchbarkeit. Bei einer erheblichen Zahl der Kinder fand sich, daß das, was das Einschreiten der Zentrale für Jugendfürsorge veranlaßt hatte, gar nicht oder nur zum Teil auf den intellektuellen Schwachsinn, sondern auf andersartige psychische Anomalien, vor allem auf moralische Defektzustände, zurückzuführen war. Bei den Ratschlägen, die wir in bezug auf Unterbringung in Erziehungsanstalten, auf Schulart und Berufswahl erteilen, werden wir selbstverständlich das Ergebnis der Intelligenzprüfung durchaus berücksichtigen, daneben jedoch immer die gerade bei diesem Material in reichlicher und mannigfaltiger Weise zu konstatierenden psychopathischen Besonderheiten beachten müssen. Dr. Többen-Münster.

C. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Der labyrinthäre Nystagmus und seine Bedeutung. Von Stabsarzt Prof. Dr. Oertel. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; Festgabe für von Schjerning, 1913.

Oertel gibt eine zusammenfassende Darstellung der verschiedenen Formen des Nystagmus bei Labyrintherkrankungen; die Kenntnis dieser Erscheinungen ist auch zur Untersuchung Unfallverletzter, namentlich nach Kopftraumen, zu verwerten. Voraussetzung hierfür ist aber eine Kenntnis der Untersuchungsmethoden und der physiologischen Erscheinungen; der Oertelsche Aufsatz gibt diese in sehr übersichtlicer Weise. Auf Einzelheiten kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden.

Dr. Bernstein-Mühlhausen i. Thür.

Ursächlicher Zusammenhang nervöser Störungen mit einem geringfügigen Unfalle verneint. Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 15. Oktober 1913.

Ebenso wie das Schiedsgericht hat auch das Rekursgericht sich trotz der Gutachten des Dr. St. und des Prof. Dr. H. davon nicht überzeugen können, daß die Erwerbsfähigkeit des Klägers durch Unfallfolgen wesentlich beeinträchtigt ist. In Uebereinstimmung mit Prof. Dr. B. kommen zunächst die Aerzte der Chirurgischen Universitätsklinik zu dem Ergebnis, daß die Aufhellungen am Schädelknochen des Klägers keine krankhaften Veränderungen bedeuten, die auf einen Unfall zu beziehen wären, sondern daß sie sich nur als Verdünnungen der Knochenschale darstellen, die unabängig vom Unfall entstanden sind. Im übrigen hat die eingehende Untersuchung in der chirurgischen Klinik ergeben, daß es ziemlich ausgeschlossen ist, daß irgendwelche Veränderungen organischer Natur am Schädel oder dem Schädelinnern bestehen, die auf den Steinfall vom Mai 1911 [1]) zurückzuführen wären, und daß insbesondere die Annahme des Dr. St., daß damals ein Schädelbruch stattgefunden habe, der am Orte des Gegenstoßes nervenschädigende Veränderungen hervorgerufen habe, mehr wie weithergeholt und unhaltbar ist. In chirurgischer Hinsicht sind daher Unfallfolgen nicht vorhanden. Anderseits hat die Untersuchung des Klägers in der Nervenklinik ergeben, daß bei dem Kläger gewisse nervöse Störungen vorhanden sind, insbesondere daß sein Schlaf gestört und eine leichte Steigerung der Sehnenreflexe vorhanden ist. Nach Ansicht des Prof. Dr. H. handelt es sich hier um eine Unfallneurose, da die krankhaften Erscheinungen im Anschluß an den Unfall entstanden sind. Der Kläger soll dadurch um 25 % in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt sein. Dieser Auffassung hat sich das Rekursgericht nicht anschließen können, da Prof. Dr. H. von unrichtigen Voraussetzungen ausgegangen ist. Die Aktenlage ergibt nichts dafür, daß nervöse Störungen im „Anschluß“ an den Unfall entstanden sind. Die Nervenklinik übersieht, daß der Unfall erst etwa ein Jahr später gemeldet worden ist, daß nach der Unfallanzeige dem Kläger ein Gesteinsstückchen auf den Kopf gefallen war, welches sich dann in der Verhandlung über die Unfalluntersuchung in ein faustgroßes Gesteinsstück verwandelt hat. Die Nervenklinik läßt weiter unberücksichtigt, daß der Unfall überhaupt keine äußere Kopfverletzung zur Folge gehabt und der Kläger noch zwei Monate weitergearbeitet hat, daß er sich erst am 20. Juli 1911 krank gemeldet hat, aber nicht wegen der Unfallfolgen, sondern unter Entnahme eines weißen Krankenscheines wegen Gelenkrheumatismus und Arteriosklerose. Dem behandelnden Arzt Dr. N. hat er auch zu dieser Zeit noch keine Angaben über den Unfall gemacht, sondern ist damit erst am 7. Januar 1912, also etwa 8 Monate nach dem Unfall, hervorgetreten. Das Rekursgericht vermißt endlich in dem Gutachten der Nervenklinik eine genügende Berücksichtigung der Tatsache, daß der Kläger wegen chronischer Nierenentzündung, chronischem Gelenkrheumatismus und Arteriosklerose die Berginvalidenrente erhält, daß er also unabhängig vom Umfall an vielen anderen Leiden erkrankt ist, die erfahrungsgemäß geeignet sind, nervöse

---

[1]) Dem Verletzten war ein Gesteinsstückchen auf den Kopf gefallen. Eine ernste Verletzung am Kopf war dadurch nicht hervorgerufen; der betr. Bergmann hatte auch noch zwei Monate lang wie bisher weiter gearbeitet.

Störungen hervorzurufen. Bei dieser Sachlage kann nicht angenommen werden, daß die Neurose auf die unabhängig vom Unfall bestehenden Leiden, insbesondere die Arteriosklerose als auf den Unfall zurückzuführen sind, von dem die chirurgische Klinik mit Recht sagt, daß es nach seiner ganzen Art und seinem Verlauf in höchstem Maße unwahrscheinlich ist, daß es sich überhaupt um eine irgendwie nennenswerte primäre Schädigung gehandelt hat, und daß die Verletzung nicht höher zu bewerten ist als ein kräftiger Stoß am Kopf, wie ihn der Arbeiter im täglichen Leben nur zu häufig erlebt. Da es somit an einem hinreichenden Beweise dafür fehlt, daß der Unfall nennenswerte Folgen hat, war der Rekurs zurückzuweisen.

Bei völliger Lähmung eines Beines und teilweiser Lähmung von Blase und Mastdarm ist „Hilfslosigkeit" im Sinne des Gesetzes nicht anzunehmen. Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 3. Oktober 1918.

Nach dem Gutachten des Kreisarztes Dr. T. vom 26. August 1911 ist gegenüber dem für die frühere Rentenfestsetzung maßgebend gewesenen Befund in dem Zustand des Klägers eine Veränderung insofern eingetreten, als das damals gelähmte linke Bein jetzt völlig gelähmt ist und als Blase und Mastdarm nicht mehr so gut funktionieren wie früher. Nach eingehender Prüfung der Sachlage hat das R.V.A. in diesen Veränderungen eine wesentliche Verschlimmerung des durch die Folgen des Unfalls vom 14. Juni 1909 bedingten früheren Zustandes des Klägers nicht finden können. Der Kläger, dessen Sinnesorgane auch jetzt noch unversehrt sind, der seine Arme gebrauchen und sich mit Hilfe von Krücken, wenn auch nur auf ebenem Boden, fortbewegen kann, befindet sich nicht in einem solchen Zustande, daß er zu sämtlichen Verrichtungen der gewöhnlichen Lebenshaltung aus eigener Kraft völlig außerstande und ununterbrochen auf fremde Hilfe angewiesen ist. Deshalb besteht, zumal die bisherige Rente auch jetzt noch als eine angemessene Entschädigung der Unfallfolgen zu erachten ist, kein Anlaß zu einer anderweiten Feststellung der Unfallrente.

Geringer Erwerb (durch Schreibarbeit) eines zum Teil hilflosen Unfallverletzten ist als wesentliche, eine Herabsetzung der bisher gewährten Hilflosenrente nicht anzusehen. Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 18. Oktober 1918.

Der Standpunkt der Berufsgenossenschaft ist zunächst rechtlich unhaltbar. Der Verletzte bezieht eine Rente von 80 % des Jahresarbeitsverdienstes. Der Antrag auf Herabsetzung dieser Hilflosenrente auf die nur 66⅔ % des Jahresarbeitsverdienstes betragende Vollrente könnte nur durch die Behauptung gerechtfertigt werden, daß die Hilflosigkeit weggefallen sei und nur noch völlige Erwerbsunfähigkeit bestehe. Die Berufsgenossenschaft trägt in der Rekursschrift aber vor, es bestehe zwar eine gewisse Hilfslosigkeit fort, sie werde jedoch jetzt aufgewogen durch ein inzwischen eingetretenes Maß teilweiser Erwerbsfähigkeit.[1]) Der Gewährung von Hilflosenrente irgendwelcher Art an einen nicht völlig erwerbsunfähigen Verletzten steht jedoch die Vor-

---

[1]) Der Verletzte hatte den linken Arm völlig und an der rechten Hand Daumen, Zeige- und Mittelfinger verloren. Er hatte mit den an der rechten Hand allein erhalten gebliebenen beiden Fingern (Ring- und Kleinfinger) schreiben gelernt und verrichtete stundenweis schriftliche Arbeiten, die mit 40 bezw. 35 Pfg. pro Stunde bezahlt wurden. Die Berufsgenossenschaft hatte infolgedessen Herabsetzung der bisher gewährten Hilflosenrente von 80 % des Jahresverdienstes auf die Vollrente beantragt, da der Verletzte mit der verstümmelten rechten Hand schreiben könne und, abgesehen von dem Verlust des linken Armes, im übrigen gesund sei. Er könne sich überall frei bewegen, mit der rechten Hand Löffel und Gabel zum Munde führen und sich wahrscheinlich auch allein ausziehen. Nur beim Anziehen, beim Zerschneiden von Speisen und beim Waschen bedürfe er fremder Hilfe. Das seien aber doch immer nur gelegentliche Hilfeleistungen, die durch die teilweise Arbeitsfähigkeit sicherlich aufgewogen würden.

schrift des Gesetzes (§ 9 Absatz 8 des Gewerbe-Unf.-Vers.-Ges.) entgegen. Würde anzunehmen sein, daß der Verletzte infolge wesentlicher, seit dem 29. Januar 1904 eingetretener Besserung seines Zustandes teilweise erwerbsfähig geworden wäre, so würde die Hilflosenrente — auch bei Fortdauer des Zustandes der bisherigen Hilflosigkeit — kraft Gesetzes ganz in Wegfall kommen, und lediglich eine der festzustellenden Einbuße an Erwerbsfähigkeit entsprechende Unfallrente festzusetzen sein.

Der Antrag ist aber auch, wie mit dem Schiedsgericht anzunehmen ist, sachlich nicht gerechtfertigt. Daß die nur mit großen Schwierigkeiten und unter Verwendung des ganzen Armes zu ermöglichende, kurzdauernde Schreibtätigkeit des Verletzten, die ihm von wohltätigen Menschen durch eine geringe Vergütung gelohnt wird, als ein auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verwertbarer und meßbarer Grad von Erwerbsfähigkeit angesprochen werden kann, ist nicht anzunehmen. Ebensowenig sind aber Tatumstände dargelegt, die eine wesentliche Aenderung in dem Grade der bei der letzten Rentenfestsetzung angenommenen Hilflosigkeit des Verletzten ergeben sollten.

Nach alledem sind die Voraussetzungen für eine Abänderung der Rentenfestsetzung von dem Schiedsgericht mit Recht für nicht gegeben erachtet worden.

Die Krankenauslese bei der Heilbehandlung der Lungentuberkulose. Von H. Siegmund Schultze, juristischer Hilfsarbeiter und stellvertretender Vorsitzender des Versicherungsamtes in Cöthen. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1913, Nr. 22.

Die Lungentuberkulose ist eine moderne Volkskrankheit. Nach statistischem Material nimmt von 28 verschiedenen Invaliditätsursachen Lungentuberkulose bei Männern die dritte, bei Frauen die zweite Stelle ein Von männlichen Arbeitern aus dem Bergbau und Hüttenwesen, aus der Industrie und dem Bauwesen, die bis zum Alter von 35 Jahren invalide werden, leidet mehr als die Hälfte und von denen, die im Alter von 20 bis 24 Jahren invalide werden, beinahe zwei Drittel an Lungentuberkulose.

Ebenso ungünstig ist das Verhältnis bei weiblichen Rentenempfängern; aber man sieht an der Hand der Statistik daß die Dauererfolge von Jahr zu Jahr sich heben. Das beruht hauptsächlich darauf, daß eine bessere Auswahl geeigneter Kranker für das Heilverfahren stattfindet

Eine der wichtigsten Maßnahmen ist die sorgfältige Ermittelung, die Auswahl und Gruppierung der zur Heilbehandlung geeigneten Personen. Es müssen Auskunftsstellen für Lungenkranke errichtet werden, an denen mithelfen Aerzte, Krankenhausverwaltungen, Krankenkassen, Schulbehörden usw. Die Tuberkulose muß eine meldepflichtige Krankheit werden; nicht nur die Todesfälle sind zu melden, sondern alle Erkrankungsfälle.

Neben diesen Auskunftsstellen sollen weiter der Auswahl für die Heilstätten die Polikliniken, die medizinischen Universitäts-Institute, auch die Schulärzte und endlich die militärischen Untersuchungsbehörden dienen.

Die Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt hat eine besondere Beobachtungsstation für Lungenkranke errichtet. Solche Stationen müßten allgemein werden als Anhängsel von Krankenhäusern, Universitäts-Polikliniken oder dergleichen.

Die Rheinprovinz hat Durchgangsstationen für Lungenkranke eingerichtet; sie überweist die Kranken an sogenannte Tuberkulose-Abteilungen, bis diese einen Platz in der Heilstätte finden. Derartige Einrichtungen müßte man überall schaffen. Dr. Hoffmann-Berlin.

D. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

1. Tuberkulose.

Ueber Tuberkelbazillen im strömenden Blut. Von Dr. Kachel, Assistent der med. Klinik in Tübingen. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose; 1913, Bd. XXVIII, Heft 2.

Bei 5 schweren Lungentuberkulösen wurden 4 mal, bei 21 Skrofulösen

5 mal säurefeste Stäbchen im strömenden Blut nachgewiesen. Bei 6 anderen Kranken und 5 Gesunden hatte die Blutuntersuchung ein negatives Ergebnis.

Von 45 Tierversuchen waren 6—8 positiv: 3 oder 4 bei schwerer Lungentuberkulose, 3 bei Skrofulose und einer vielleicht positiv bei einem Fall von alter Affectio apicis.

Eine diagnostische oder prognostische Bedeutung kommt dem Befund säurefester Stäbchen im Blut nicht ohne weiteres zu, da es sich nur bei einem geringen Teil um virulente Tuberkelbazillen handelt. Allein entscheidend über die Natur der Stäbchen ist der einwandfreie Tierversuch.

Dr. Dohrn-Hannover.

Was lehren die im Veterinärinstitut der Universität Leipzig bisher durchgeführten Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Menschen- und Rindertuberkulose? Von Prof. A. Eber-Leipzig. Zentralbl. f. Bakt., 1913, 1. Abt., Orig., Bd. 78, H. 5—6.

Die Arbeit gibt eine Zusammenfassung der seit 1905 veröffentlichten Versuche der Anstalt und wendet sich gegen die an ihnen geübte Kritik von seiten des Kaiserlichen Gesundheitsamts (Neufeld, Dold, Lindemann).

Der Verfasser behauptet, die Rindertuberkulose spiele eine nicht zu unterschätzende Rolle als Quelle der Menschentuberkulose. Tuberkulöse Körperstückchen, die von Kindern gewonnen worden waren, erwiesen sich häufig als ansteckungskräftig für Rinder. Zu beachten ist dabei, daß es durchaus nicht immer gelingt, die Tuberkulose von Rind zu Rind künstlich zu übertragen. Erfolglose Impfungen kommen auch bei typischer Rinder-Perlsucht vor.

Mit Körperstückchen Erwachsener, die an Lungenschwindsucht gestorben waren, gelang es zunächst niemals, Rinder krank zu machen, wenn Lungenstückchen dazu benutzt wurden. Zu beachten ist dabei, daß bisher überhaupt nur 5 Fälle bekannt sind, in denen im Auswurf Schwindsüchtiger Rindertuberkelbazillen einwandfrei nachgewiesen wurden. Es gelang aber, durch Einspritzung tuberkulösen Körpergewebes in die Bauchhöhle von Rindern allmählich die Rindergiftigkeit der Stäbchen zu erhöhen. Einspritzungen unter die Haut eignen sich dazu nicht. Umgekehrt sprechen 2 Versuche dafür, daß menschliche Tuberkulose durch Rindertuberkelbazillen hervorgerufen sein kann, die infolge ihres Verweilens im menschlichen Körper an Rindergiftigkeit eingebüßt haben.

Die interessanten Versuche sollen in Gemeinschaft mit dem Kaiserlichen Gesundheitsamt fortgesetzt werden. Dr. Hutt-Königsberg i. Pr.

The tuberculosis order 1913. Von Sir Shirley F. Murphy, Herausgeber des Public health. Public health; XXVI, Nr. 11, Aug. 1913.

Das englische Landratschaftsministerium betont in einem aus Anlaß der Ernennung von Tierärzten zur Durchführung dor „Tuberculosis order von 1913“ erlassenen Rundschreiben: Was die Möglichkeit der Uebertragung der Tuberkulose von kranken Tieren auf den Menschen anlangt, so ist es nach Ansicht des Ministeriums als Tatsache anzusehen, daß die Krankheit durch die zum menschlichen Gebrauche dienende Milch übertragen werden kann.

Der Autor fordert nun, daß sowohl die Veterinärinspektoren, die der Burnssche Entwurf fordert, als die ebenfalls notwendigen Bakteriologen dem Gesundheitsamt unterstellt werden sollen. Wenn der Amtsarzt auch gebührende Rücksicht auf wissenschaftliche Mitarbeiter nehmen werde, so müsse doch für die Verwaltung die Verantwortung für das richtige Vorgehen bei Bekämpfung der Tuberkulose nur der Amtsarzt tragen.

Dr. Mayer-Simmern.

Diagnose und Klinik der kindlichen Tuberkulose. Von Professor Dr. C. Freih. v. Pirquet, Vorstand der k. k. Universitätsklinik in Wien. Wiener med. Wochenschrift; 1913, Nr. 25.

Die hereditäre Uebertragung der Tuberkulose ist eine Rarität. Die Kinder, welche schon in der Fötalzeit injiziert werden, sterben in den ersten Lebensmonaten.

Im Kindesalter nimmt die Tuberkulose von Jahr zu Jahr zu. Die Tuberkelbazillen werden aus dem Auswurf hustender Phtisiker eingeatmet

und rufen in der Lunge Veränderungen hervor. Später erkranken die regionären Lymphdrüsen. Damit kann die Krankheit beendigt sein, oder es kann sich ein sekundäres Stadium anschließen mit hämatogener und lymphogener Ausbreitung in den Organen. Endlich kann im tertiären Stadium die kavernöe Erkrankung der Lunge eintreten. Todesfälle sind im ersten Lebensjahr und am Ende des Kindesalters am häufigsten.

Bei genauer Tuberkulinprüfung waren in der ärmeren Bevölkerung 9 % im 2. Lebensjahr, 94 % im 13.—14. Lebensjahr tuberkulös. In wohlhabenden Kreisen fand Schloßmann nur 5 % positive Reaktionen.

In der Umgebung von Phtisikern gaben fast alle Kinder positive Reaktionen und um so häufiger, je früher sie mit dem Phtisiker in Berührung gekommen waren. Von 207 Kindern, bei denen dieses schon im ersten Lebensjahr der Fall war, blieben nur 8 % ohne Symptome, 91 erkrankten tötlich.

Die Allgemeinerscheinungen des primären Stadiums bestehen in Fieber, Abmagerung und Anämie. Späterhin ist anfallsweiser bellender Husten mit exspiratorischer Dypnoe sehr häufig. Die Dypnoe ist bedingt durch Druck der geschwollenen peritrachealen Drüsen auf Trachea und Bronchien.

Zyanose des Gesichts, des Thorax, Trommerschlägelfinger sind die Folge der erschwerten Exspiration. Die geschwollenen Lymphdrüsen lassen sich im Röntgenbilde nachweisen. Der Einbruch tuberkulöser Lymphdrüsen führt zu Peribronchitis oder zur käsigen Pneumonie.

Im sekundären Stadium finden wir die miliare Aussaat der Tuberkelbazillen, besonders bei Kindern von 2 bis 6 Jahren. Der Tod erfolgt unter dem Bilde der tuberkulösen Meningitis. Bei vielen Kindern macht sich das sekundäre Stadium als Skrofulose bemerkbar, die im allgemeinen gutartig verläuft.

Peritonitis tuberculosa, Pericarditis adhaesiva, Affektionen der Knochen und Gelenke, Herde in den Hoden, Nebenhoden, Gehirntuberkeln treten ebenfalls im sekundären Stadium auf.

Das tertiäre Stadium, die kavernöse Lungenveränderung, verläuft ebenso wie beim Erwachsenen, nur ist hier die Heilungstendenz eine viel größere.

Klinisch macht die Diagnose der Tuberkulose im Kindesalter mitunter große Schwierigkeiten. Das Röntgenbild gibt häufig gute Resultate, ebenso die Tuberkulinreaktion als Kutanreaktion oder intrakutane Injektion (0,1 ccm von einer 1 proz. Lösung von Alttuberkulin).

Die positive Tuberkulinreaktion beweist aber nur, daß das Individuum einmal eine tuberkulöse Injektion erlitten hat. Es müssen also gleichzeitig auch klinisch tuberkuloseverdächtige Herde nachgewiesen werden.

Bei Miliartuberkulose, Masern, Vorbehandlung mit Tuberkulin versagt die Tuberkulinreaktion.

Prognostisch ist das Lebensalter der Kinder sehr wichtig. Kinder im ersten Lebensjahr gehen gewöhnlich zugrunde; ältere Kinder haben eine bessere Prognose, abgesehen von der Miliartuberkulose.

Das wichtigste Kampfmittel ist die Prophylaxe, die Trennung der Bazillenaushuster von den Kindern.

Bei der Therapie spielt außer der Kräftigung des Allgemeinbefindens noch das Tuberkulin eine wichtige Rolle, namentlich bei chronischen Prozessen des zweiten und dritten Stadiums. Dr. Kurpjuweit-Swinemünde.

Die latente Tuberkulose und ihre Diagnose. Von Dr. Josef Hollós Wiener med. Wochenschrift; 1913, Nr. 23 und 24.

Die klinischen Untersuchungen und Obduktionen beweisen, daß sehr viele Personen von tuberkulöser Infektion betroffen werden, bei denen sich in der Lunge oder in den peribronchialen Drusen eine Tuberkulose geringen Grades netwickelt, ohne daß die Krankheit in eine manifeste Tuberkulose übergeht. Die Tuberkulose bleibt somit bei ihnen latent und diese Latenzzeit dauert umso länger, je mehr der Organismus bei langsamem Fortschreiten des Prozesses Gelegenheit hat, spezifische Schutzstoffe zu bilden. Diese Schutzstoffe lösen die v. Behringsche Giftempfindlichkeit des Organismus aus, deren äußere Erscheinung v. Pirquet Allergie nennt.

Wolff-Eisner zeigte, daß die suspekten Fälle, ohne manifeste Symptome, die stärksten Tuberkulinreaktionen geben. Mit dem Fortschreiten der

Tuberkulose nimmt die Reaktion ab. Diese Ueberempfindlichkeit wird von ihm mit einem gewissen Grade der Immunität des Organismus in Verbindung gebracht. Einige Autoren nehmen dagegen an, daß die Pirquetsche Reaktion keine spezifische Allergie, sondern nur eine allgemeine Reaktionsfähigkeit des Körpers gegen giftige Stoffe, hier gegen das Tuberkulin darstellt.

Unter den klinischen Symptomen sind die Anämie, die labile und gewöhnlich etwas erhöhte Temperatur die wichtigsten Zeichen der latenten Tuberkulose. Man nennt dieses Krankheitsbild auch Pseudochlorose. Die prätuberkulösen Temperaturströmungen hält man für einen Effekt der Toxine auf das Wärmezentrum des zentralen Nervensystems. Ebenso wirken die Toxine auf das vasomotorische Zentrum. Rasches Erröten, Erblassen, Schweißausbrüche sind die Folge hiervon. Die beständig feuchte, kalte Hand ist ein besonders verdächtiges Zeichen.

Als Störungen des Nervensystems sind die leichte Ermüdbarkeit und morgendliche Mattigkeit aufzufassen. Störungen des Schlafes, Schlaflosigkeit, Schlafsucht, allgemeine Reizbarkeit werden häufig beobachtet. Als Zeichen der bestehenden Stoffwechselstörungen tritt Abmagerung ein. Brustschmerz wird als erstes Zeichen der Tuberkulose angesehen, Kopfschmerz ist von geringerer Bedeutung, ebenso Schwindel. Vielfach ändert sich die Azidität des Magensaftes und bedingt Magenbeschwerden. Der Stuhlgang ist zeitweilig verstopft, zeitweilig diarrhoisch.

Die Herztätigkeit ist außerordentlich beschleunigt. Manche nervöse Herztätigkeit, manches nervöse Magenleiden stellt sich später als Tuberkulose heraus. Das „Kropfherz“ hat große Aehnlichkeit mit den durch tuberkulöse Infektion bedingten Herzstörungen. Auch die Basedowsche Krankheit, kann ein Zeichen latenter Tuberkulose sein und wird durch die C. Spenglersche Immunkörperbehandlung günstig beeinflußt. Ebenso hat sich Tuberkulin bei Basedow als wirksam erwiesen.

Menstruationsstörungen spielen bei der latenten Tuberkulose ein wichtige Rolle, ferner rheumatische Gelenkerkrankungen, die jedoch verschwinden, wenn die Lungentuberkulose in Erscheinung tritt.

Alle die klinischen Symptome sind toxischen Ursprungs und treten bei der latenten Tuberkulose mehr hervor, als bei der manifesten Tuberkulose. Je langsamer die Tuberkulose fortschreitet, um so mehr entwickelt sich ein gewisser Grad von Immunität, deren Folge die hochgradige Empfindlichkeit des Organismus den Toxinen gegenüber ist. Die Immunität sinkt, wenn die Tuberkulose manifest wird; in demselben Maße sinkt auch die Giftempfindlichkeit und verschwinden, teilweise oder ganz, die Symptome der Intoxikation. Diese Tatsachen sind für die Prognose sehr wichtig.

Bei der Frühdiagnose liefert leises, mehr tastendes Klopfen gute Resultate. Besonders wichtig ist die Röntgendurchleuchtung und das Röntgenbild. Mit ihrer Hilfe sind auch die kleinsten Herde zu erkennen, nicht selten in der Form von peribronchialen Schatten der Chylusgefäße. Das Röntgenbild bestätigt, daß die chronische Tuberkulose bei Kindern im Hilus beginnt.

Palpatorisch läßt sich ferner über latenten Herden ein mehr oder weniger ausgesprochener spastischer Zustand einzelner Muskeln feststellen.

Das Akromion wird unbeweglich, wenn die betreffende Lungenspitze entzündet ist und ihre Schwingung abnimmt.

Die Pirquetsche Reaktion, die Morosche Perkutanmethode, die Intrakutanmethode von Mousson und Mantoux und F. Mendel (Essen) geben, besonders die letztgenannte, gute Resultate bis zum Alter von 2 Jahren. Dann ist die Reaktion so häufig positiv, daß man sie diagnostisch nicht verwenden kann. Die Ophthalmoreaktion von Calmette und Wolff-Eisner ist nicht ganz zuverlässig. Die Blutpräzipitationsmethode und Autopräzipitationsmethode von Frau Fuchs-Wolfring scheint für die Diagnose und Prognose wertvoll zu sein.

In vielen Fällen liefert aber die Behandlung mit Tuberkulin oder mit dem Spenglerschen Immunkörper den Nachweis, ob es sich um latente Tuberkulose gehandelt hat oder nicht. Die diagnostische Wichtigkeit der Behandlung mit antitoxischen Mitteln wird daher neuerdings besonders betont.

Dr. Kurpjuweit-Swinemünde.

Ueber „Organreaktionen" mit Kochschem Alttuberkulin bei klinisch Nichttuberkulösen, mit besonderer Berücksichtigung der „asthenischen" und „rheumatischen" Erkrankungen. Von Engelbert Sons, Assistenzarzt in Düren Beiträge zur Klinik der Tuberkulose; 1913, Band XXVIII, Heft 2.

S. hat verschiedene Gruppen von Kranken, insbesondere solche mit „asthenischem Symptomenkomplex" (Anämie, Chlorose und Neurasthenie) untersucht. Seine Resultate faßt er in folgenden Leitsätzen zusammen:

1. Den klarsten Beweis für die tuberkulöse Aetiologie eines Leidens erbringt die Organreaktion nach Tuberkulin besonders dann, wenn sie mit einer starken Fieber- und Allgemeinreaktion zusammen auftritt.
2. Durch die Tuberkulinreaktion wird ein Zusammenhang zwischen vielen „rheumatischen" Erkrankungen und der Tuberkulose bewiesen.
3. Bei dem „asthenischen" Symptomenkomplex sind Organreaktionen nicht zu erwarten, da es sich um ein Allgemeinleiden handelt. Die auffallend starken Allgemein- und Fieberreaktionen nach Tuberkulin bei diesen Fällen machen den Zusammenhang mit Tuberkulose sehr wahrscheinlich. Diabetiker reagieren auch bei klinisch nicht nachweisbarer Tuberkulose stark.
4. Andere Krankheiten mit klarer Aetiologie ergeben keine Tuberkulinreaktionen.
5. In einzelnen Fällen sowohl von „rheumatischen", als von „asthenischen" Erkrankungen trat nach einer oder mehreren sehr starken Tuberkulinreaktionen eine auffallend rasche Besserung des Allgemeinbefindens und unter Umständen der Organerkrankung ein. Dr. Dohrn-Hannover.

Die Organisation wissenschaftlicher Methoden zur Tuberkulosebekämpfung. Von Hilda Clark, late tuberculosis med. off., Portsmouth. Public health; August 1913, XXVI, Nr 11, S. 332 bis 337.

Von den in der Arbeit gemachten Vorschlägen sind hervorzuheben: Tuberkulöse, die in Krankenhäusern untergebracht werden, sollten die bestmögliche Behandlung genießen; (denselben Gedanken vertritt die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz bei Ueberweisung von Rentenempfängern an Invalidenheime; sie betont immer wieder die Notwendigkeit einer guten ärztlichen Fürsorge).[1] Die Kranken sollen möglichst wenig mit der Armenbehörde zu tun haben und sollen von den Angehörigen leicht erreicht werden können. In chronischen Fällen müßte dann, wenn die Leute keine Arbeit erlangen können oder wenn die häuslichen Verhältnisse ungenügend sind, für passende Arbeit gesorgt werden — auch dieser Vorschlag ist als richtig anzusehen.

Der Wert der Tuberkulinbehandlung beruht auf den rasch nachweisbaren Erfolgen. So gelingt es, für die Fürsorgestellen manche Kranke schon in frühen Stadien zu gewinnen, die sonst nicht zur Behandlung kommen würden. Medikamentöse, soziale und hygienische Behandlung kann so der Tuberkulintherapie hinzugefügt werden; diese braucht übrigens nicht auf die Fürsorgestellen beschränkt zu bleiben. Dr. Mayer-Simmern.

---

2. Tropenkrankheiten (Malaria, Schlafkrankheit, Beri-Beri).

Das Problem der Malaria. Von Prof. D. Carazzi-Padua. Gazzetta medica di Roma; 1912, Nr. 20—22.

Die Anschauung, daß Malaria ohne Anopheles nicht denkbar sei, ist in dieser dogmatischen Form nach Ansicht des Verfassers nicht aufrecht zu erhalten. Zum Beweise dafür werden epidemiologische Beobachtungen und die Ergebnisse von Blutuntersuchungen Malariakranker angeführt. Namentlich wird darauf hingewiesen, daß mehrfach Epidemien von Malaria zu Winterszeiten vorgekommen sind, in denen Anopheles völlig fehlten, die Mücken überhaupt nicht stechen und die Temperatur zur Entwicklung der Parasiten im Mückenblut nicht ausreicht. Auch gelang es bei 313 an Malariarezidiven Erkrankten nur einmal, die spezifischen Gameten im Blut nachzuweisen. Ferner ist nachgewiesen, daß in großen Städten wie Rom zwar Hunderte von

[1]) Siehe auch vorher das Referat über „die Krankenauslese bei der Heilbehandlung der Lungentuberkulose" von Siegmund Schultze; S. 66.

Malariakranken in Krankenhäusern untergebracht, auch Mücken im Ueberfluß gefunden sind, aber doch nie eine epidemische Verbreitung der Krankheit vorgekommen ist, während in der Campagna, eine ganz schwach bevölkerte Gegend, die Seuche dauernd verbreitet ist. Daß es der ausgedehnte Chinin-Verbrauch nicht allein sein kann, um solche Vorkommnisse zu erklären, geht nach Ansicht des Verfassers schon daraus hervor, daß das Chinin ja nicht eine absolute Immunität hervorruft.

Aus solchen Beobachtungen schließt der Verfasser, daß neben dem Stich der Anopheles, der zweifellos eine große Bedeutung bei der Aetiologie der Malaria besitzt, doch noch andere Uebertragungsmöglichkeiten ins Auge zu fassen sein müssen. Man könne daher an andere Insekten und Zwischenwirte denken und solle deshalb bei dem Studium der Malaria die gesamte Fanau der Malariagegenden in Betracht ziehen.

Man kann gespannt sein, ob diese Anschauung Boden gewinnen wird und wie sich die Forscher dazu stellen. D. Ref.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Die Wirkungen der Malariagesetzgebung in Italien mit besonderer Rücksicht auf die Einrichtung des Staatschinins. Von Senator Prof. Dr. Alessandro Lustig-Florenz. Hygienische Rundschau; 1913, Nr. 5.

Die Malaria, vor 10 Jahren noch eine wahre Geißel für Italien, ist jetzt merklich reduziert. Das ist erreicht worden durch verbesserte ökonomisch-soziale Verhältnisse und durch eine spezielle Malariagesetzgebung.

Der materielle Wohlstand des Volkes ist gewachsen, die Menschen wohnen, nähren sich besser und sind hygienisch besser überwacht. Die Sterblichkeit ist vermindert, die Rasse verbessert, die Widerstandsfähigkeit gegen alle Infektionskrankheiten wie gegen die Malaria erhöht.

Vor der legislativen Periode erkrankten jährlich etwa 2 Millionen Menschen an Malaria, von denen 1500 starben. Diese Zahl ist auf etwa $^1/_5$ reduziert.

Entwässerung, Bodenverbesserung und mechanische Mittel, den Anopheles das Eindringen in die Häuser zu erschweren, nützten nicht genug. Die Mücken legten auch in einfache Pfützen und Gartengefäße ihre Eier und sogar in Salzwasser, wenn Süßwasser fehlte.

Man griff mit großem Erfolge zur Chininprophylaxe von Staats wegen. Durch Staatsindustrie wurde der Preis des Chinins bedeutend herabgedrückt. Unbemittelte erhielten es kostenfrei; kostenlos mußte es auf dem Lande von den Gutsbesitzern an die Arbeiter zu prophylaktischer Anwendung abgegeben werden. Der Chininverbrauch stieg daher in 10 Jahren von 2200 auf 30200 kg. Der mäßige Gewinn, den der Vertrieb des Staatschinins brachte, wird dem „Hilfsfonds zur Verminderung der Malariaursachen" überwiesen.

Es besteht die Anzeigepflicht für Malaria. Dr. Fast-Bromberg.

Bericht über eine Malariaexpedition nach Jerusalem. Von Marineoberstabsarzt S II. Professor Dr. P. Mühlens-Hamburg. Zentralblatt für Bakteriologie; 1913, Bd. 69, H. 1.

Zur Erforschung der sanitären Verhältnisse war Verfasser als Leiter einer kleinen Expedition vom August 1912 bis Januar 1913 in Jerusalem tätig. Die mit Hilfe eines Laboratoriums und Unterstützung der einheimischen Aerzte und maßgebenden Persönlichkeiten durchgeführten Forschungen faßt Verfasser folgendermaßen zusammen:

1. Die 3 Malariaarten sind unter allen Schichten der Bevölkerung Jerusalems, am meisten bei den Juden und Arabern, sehr verbreitet; am häufigsten fand sich die Malaria tropica, nächstdem M. tertiana und quartana.

2. Die Malaria hat in den letzten Jahren eher zu- als abgenommen In manchen Bezirken sind 30—40% der Einwohner, vielleicht noch mehr, im Sommer infiziert. Unter Schulkindern wurden bei einmaliger Untersuchung bis 37,4% Infizierte gefunden.

3. Auch in der Umgebung Jerusalems ist Malaria häufig.

4. Die übertragende Anopheles findet sich im geflügelten Stadium in Zisternengewölben, in Wohnungen, namentlich in dunklen Eingeborenenhäusern,

ferner in dunklen, vor Wind geschützten Gängen und vereinzelt auch in Ställen.

5. Die Anopheles-Entwicklung findet fast ausschließlich in den Regenwasserzisternen statt, die die Bevölkerung mit Wasser versorgen Anopheles-Larven wurden am häufigsten und zahlreichsten in Landwasserzisternen gefunden, und zwar sowohl in alten, als in neuen, modernen.

6. Die Jerusalemer Malaria verläuft im allgemeinen weniger bösartig als die Malaria in vielen Tropenländern, insofern als reine Malariatodesfälle nicht so häufig sind. Dagegen sind Todesfälle an Folgeerkrankungen oder Komplikationen, namentlich bei Kindern, zahlreicher.

7. Schwarzwasserfieber kommt ebenfalls in Jerusalem und Umgegend vor, die Häufigkeit hat aber gegen frühere Jahre abgenommen.

8. In Bethlehem und Beth Sahur wurden zum ersten Male Rekurrens-(Rückfallfieber) Fälle mit Spirochäten erkannt.

9. Darmparasiteninfektionen sind sehr häufig.

In 12 Fällen konnten aus Stuhl, bezw. Urin Typhusbazillen einwandsfrei gezüchtet werden. Verschiedene weitere positive Widal-Reaktionen zeigten, daß Abdominaltyphus in Jerusalem mehr verbreitet zu sein scheint, als viele Aerzte annehmen. Möglicherweise sind auch manche der sog. 3wöchigen „konstinuierlichen Fieber" Typhus oder Paratyphusinfektionen, vielleicht auch Maltafieber.

10. Von anderen Infektionskrankheiten sind namentlich Tuberkulose, Trachom und Dysenterie sehr verbreitet. Auch die Leprafälle sind ziemlich zahlreich. Im Sommer herrschte eine heftige Dengueepidemie.

11. Kinder-Kala-Azar (Splenomegalia infantum) kommt vielleicht vor, konnte aber noch nicht durch Parasitenbefund bewiesen werden. — Bilharziose scheint nicht selten zu sein.

12. Die Ueberträgerin des Pappatacifiebers (Phlebotomus papatasii), in Jerusalem „Sandfliege" genannt, ist in manchen Sommertagen in gewissen Stadtteilen bezw. Häusern sehr zahlreich. Krankheiten mit dem Bilde des Pappatacifiebers wurden von der Expedition und anderen beobachtet; die Beobachtungen können aber noch nicht als abgeschlossen gelten.

13. Die Tollwut kommt in Jerusalem und Palästina vor; jährlich sollen 30—40 Gebissene nach Kairo zur Behandlung geschickt werden. Die Gründung einer Tollwut-Schutzimpfungsstation ist unbedingt erforderlich. (Sie ist auch bereits Anfangs März eröffnet).

14. Die allgemein-hygienischen Zustände in Jerusalem lassen sehr viel zu wünschen übrig.

15. Bisher sind keine durchgreifenden systematischen Seuchen- und insbesondere Malaria-Bekämpfungsmaßnahmen in Anwendung gekommen.

16. Als wichtigere Malaria-Bekämpfungsmaßnahmen kommen in Betracht: Belehrungen mittels Wort und Schrift durch Aerzte und Erzieher, Zeitungen, sowie durch allgemeinverständliche Flugblätter in allen Sprachen; systematische Ermittelungen und konsequente Chininbehandlung, zunächst in allen Schulen und Wohltätigkeitsanstalten etc., ferner in den Häusern, eventuell auch in Polikliniken, die teils zu Malariastationen einzurichten wären; Mückenschutz und Vernichtungsmaßnahmen, soweit durchführbar.

17. Die Malariabekämpfung wird sich in Jerusalem, wo so viele verschiedene nationale und religiöse Interessen vertreten sind, sehr schwierig gestalten. Ein Dauererfolg kann nur von einem planmäßigen gemeinsamen Vorgehen aller ärztlichen, nationalen und konfessionellen Gruppen erwartet werden.

18. Mit der Malariabekämpfung muß zugleich eine Besserung der allgemein-hygienischen Zustände in Jerusalem erstrebt werden, deren ideales Endziel Wasserleitung und Kanalisation sind.

19. Zur Vereinigung aller Interessen zwecks Seuchenbekämpfung und Assanierung Jerusalems ist eine hygienische Sachverständigenzentrale notwendig, wie sie in anderen Städten die hygienischen Untersuchungsanstalten bilden.

20. Die Verbindung einer solchen Untersuchungsstation mit den Stadtinteressen würde am besten durch Anstellung eines eingeborenen Stadthygienikers mit weitesten Vollmachten hergestellt.

Dr. Dohrn-Hannover.

Aerztliche Eindrücke von einer Reise in Ostafrika. Von Prof. Dr. Nocht-Hamburg. The journ. of state medicine; 1913, XXI, Nr. 5.

Auf Veranlassung des Staatssekretärs für die Kolonien besuchte Nocht Deutsch-Ostafrika 1911 zum Teil gemeinsam mit dem Medizinalreferenten des Kolonialamtes Prof. Dr. Hendel, zum Teil allein. Er konnte auch Vergleiche mit den Zuständen in den britischen Besitzungen anstellen.

Im Shirati-Distrikt am Ostufer des Viktoria-Sees waren 1908 noch 332 Fälle von Schlafkrankheit neu ermittelt worden, in den letzten Jahren nur 24, die außerdem schon älteren Datums sein mußten. Die Bevölkerung, früher mißtrauisch und abweisend gegen den Distriktsmedizinalbeamten, ist jetzt zutraulich gegen ihn und verheimlicht kaum mehr ihre Kranken. Der Erfolg beruht weniger auf therapeutischen Maßnahmen und zwangsweiser Isolierung, sondern auf der Ausrottung der Glossina palpalis. Es war nicht einmal nötig, an den Ufern des Mooi jeden Baum zu fällen; große Stämme konnten in je 10—15 m Entfernung erhalten bleiben, nur das niedere Gestrüpp mußte verschwinden. In Gegenden, die frei von der Schlafkrankheit sind, in denen aber G. palpalis gefunden wird, ist eine radikale Reinigung der ganzen infizierten Flußufer nicht notwendig; hier genügt eine Reinigung der Landungsplätze und der meist besuchten Wege. Auch englische Autoren, Paske Smith, Hodges empfehlen für die britischen Besitzungen dieses deutsche Verfahren. Am Tanganyika See findet die Glossina in den Oelpalmenkulturen der Eingeborenen noch Schutz; hier ist noch viel zu tun. Ein dritter Herd, der wahrscheinlich mit einem Herde der Schlafkrankheit in Portugiesich-Ostafrika in Verbindung steht, findet sich am Rovuma Fluß. Es ist noch nicht sicher, ob die Infektionen durch Trypanosoma gambiense oder T. thoresiense bedingt werden. Wahrscheinlich wird die Krankheit durch Glossina morsitans übertragen, die schwer zu bekämpfen ist.

Malaria findet sich am Kilimandjaro, aber nicht häufig; einige Fälle, die Nocht sah, sind auf Palästina zurückzuführen, woher ein Teil der Ansiedler stammte. Die Akklimatisation in den Tropen scheint dadurch erleichtert zu werden, daß ein allmählicher Uebergang vom nördlichen Klima in das subtropische und dann in die Tropen stattfindet; notwendig ist dies aber nicht. Nocht beobachtete Leute, die direkt aus Deutschland kamen, und die keine Schwierigkeiten bei der Akklimatisation hatten. Dr. Mayer-Simmern.

Das Mückensprayverfahren im Dienste der Bekämpfung der Malaria und anderer durch Stechmücken übertragbarer Krankheiten. Von G. Giemsa. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene; 1913, Bd. 17, Nr. 6.

Unsere bisherige Methode der Malariabekämpfung legt den Hauptwert auf die Vernichtung der im Wasser lebenden Anophelesbrut. Noch wichtiger erscheint die Vernichtung der geflügelten Insekten sowohl in der Trockenperiode, in der sie sich wegen ihres Winterschlafs ähnlichen Zustandes leicht fangen lassen, als auch in der Regenzeit, wo sie sich in den Eingeborenenhütten mit Malariakeimen beladen. Bisher hat man sich an die Vernichtung der Mücken in der Regenzeit in den Eingeborenenhütten wohl deshalb nicht recht herangewagt, weil eine gründliche Abdichtung der primitiven Negerhütten nicht möglich ist, und weil die Feuersgefahr der Verwendung der Räuchermittel entgegensteht.

G. hat nun ein besonderes Verfahren der Vernichtung der Anophelen angegeben, das auf der Wahrnehmung begründet ist, daß die Stechmücken sehr leicht durch Benetzen ihres Leibes mit bestimmten Flüssigkeiten zugrunde gehen. Vermutlich dringt die fein verteilte Flüssigkeit in die über Brust und Leib verteilten Tracheenausgänge ein und tötet die Tiere ab. Sehr feine Verstäubung und ein möglichst hoher Flüssigkeitsdruck ist die Vorbedingung für einen günstigen Erfolg.

Als Sprayflüssigkeit eignet sich am besten ein unter dem Namen „Mückenfluid“ im Handel fertig käufliches Gemisch (Kade-Berlin, Oranienplatz, und J. D. Riedel-Berlin, Gerichtsstr.), das mit Sprayapparaten zum Verstäuben gebracht wird. Der Preis pro 100 cbm beläuft sich bei sparsamer Anwendung des Mittels auf 48 Pf.

Die von G. angegebene Methode ist auch gegen alle anderen, durch

Mücken übertragbare Krankheiten erfolgreich anwendbar; sie verspricht auch gegen die Mückenplage unserer Breiten gute Wirksamkeit.

Dr. Dohrn-Hannover.

Ist die Beri-Beri eine auch in Europa heimische Krankheit? Von Schiffsarzt Dr. W. Schuffner. Münchener med. Wochenschrift; 1913, S. 642.

Die Beri-Beri-Krankheit war früher in Indien epidemisch, ist aber jetzt als Epidemie völlig verschwunden und kommt nur noch sporadisch vor. Sie ist eine Stoffwechselerkrankung und tritt hauptsächlich in zwei Formen auf, als Erkrankung der peripheren Nerven und als Herz- und Zirkulationskrankheit. Zwischen den beiden Hauptformen gibt es aber alle möglichen Uebergangsformen. Das klinische Bild der Initialerkrankung der nervösen Form gleicht dem Anfangsstadium der aufsteigenden Polyneuritis: Parästhesien in den Füßen, auch in den Händen, Abnahme des Gefühles, rheumatoide Schmerzen, Schwäche, Lähmungen der Muskulatur; dann Uebergreifen auf den Rumpf, Oedeme; Blasen- und Mastdarm bleiben frei. Bei der anderen Form sind Unregelmäßigkeit des Pulses, Dilatation des Herzens die in die Augen springenden Symptome. Die Ursache der Krankheit ist der Ausfall von Schutzstoffen, der in der Rinde des Reises sich befindet. Starke Abschleifung der Rinde des Reises, wie es allgemein zur Erleichterung der Befriedigung der Anforderungen an einem Handelreis gebräuchlich ist und die erst mit Einführung der fabrikmäßigen Abschleifung möglich war, nimmt dem Reis die Schutzstoffe. Eykam hat dies eingehend nachgewiesen. Von einem bazillären Charakter der Beri-Beri-Krankheit kann nicht die Rede sein. Es fragt sich, ob nicht auch in Europa durch falsche Behandlung unserer einheimischen Nahrungsmittel der Ausfall der alimentären Schutzstoffe verursacht wird. Allerdings enthalten Brot und Kartoffel anscheinend eine sehr große Menge alimentärer Schutzstoffe; aber durch systematische Ausscheidung der Träger der Schutzstoffe oder durch fehlerhafte Behandlung unserer Hauptnahrungsmittel könnten doch Krankheitsformen erzeugt werden, die der Beri-Beri ätiologisch gleich stehen. Diese fehlerhafte Behandlung kann die völlige Ausscheidung der Kleie, die Bevorzugung des weißen Mehles, Auslaugung der Gemüse durch Bereitung mit strömenden Dampf und ähnliches sein. Namentlich nach akuten Erkrankungen, z. B. Typhus, kommen Krankheitsformen vor, die an Beri-Beri erinnern und durch Partialhunger zu erklären sind. Die Pseudotabes der Diabetiker und ihre prompte Heilung durch Aleuronatbrot gehört auch hierher. Bei stillenden Frauen mit ihrer oft einseitigen Milchkost treten nervöse Erscheinungen auf, die an Beri-Beri erinnern. Auch die Milchschäden der Kinder dürfen Partialhunger sein. Hierauf ist auch die Erscheinung zurückzuführen, daß Ammen- und Brustkinder ähnliche Erscheinungen aufweisen, die durch Nahrungsänderung der Mutter geheilt werden. Die Neuritis der Alkoholiker könnte alimentäre Schutzstofferkrankung sein durch die einseitige Ernährung der Alkoholiker. Dasselbe gilt von der Landryschen Paralyse und der aufsteigenden Polyneuritis, die merkwürdigerweise auch in Europa in Irrenanstalten epidemisch auftritt.

Dr. Graßl-Kempten.

E. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Wohnungshygiene.

Die Verwendung von Calciumkarbid zur Bestimmung der Mörtelfeuchtigkeit. Von Dr. med. A. Korff-Petersen. Zeitschrift für Hygiene; Band 75.

Die einwandfreie Bestimmung der Mauer- oder Mörtelfeuchtigkeit ist sowohl vom hygienischen wie besonders auch vom gerichtsärztlichen Standpunkt von nicht unerheblicher Bedeutung, da ohne objektive Untersuchung auf Grund von einfacher Besichtigung und Schätzung die gröbsten Irrtümer von den Begutachtern begangen werden können. Unter den verschiedenen Methoden zur objektiven Feststellung der Mörtelfeuchtigkeit hat nur die Muchlsche Methode einigen Eingang in die Praxis gefunden; aber auch sie hat verschiedene bekannte Mängel und Schwierigkeiten. Allen diesen Mängeln soll der vom Verfasser ersonnene Apparat abhelfen. Das Prinzip des neuen Apparates beruht darauf, daß der feinzerriebene Mörtel mit einer bestimmten Menge

Calciumkarbid in einer mit einem Manometer versehenen Flasche zusammengebracht wird. Das Manometer mißt den Druck des sich entwickelnden Azetylens; es ist empirisch nach Prozent des Wassergehaltes geeicht und gestattet somit ohne weitere Rechnungen den Wassergehalt abzulesen. Nach den Versuchen des Verfassers arbeitet der neue Apparat durchaus zuverlässig, dabei ist die Ausführbarkeit der Bestimmung ohne jede Schwierigkeit und erfordert nur wenige Minuten Zeit. Der Apparat wird von der Firma F. & M. Lautenschläger hergestellt und kostet etwa 26 Mark.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

2. Wasserversorgung.

Ueber den Einfluß der organischen Substanzen auf die Desinfektion des Trinkwassers mit Chlor. Von Dr. Ekrem Haïri. Zeitschrift für Hygiene; Band 75.

Nach den experimentellen Versuchen des Verfassers im Königsberger Hygienischen Institute verbraucht ein Wasser, das größere Mengen organischer Substanz enthält, bei einer Desinfektion mit Chlor größere Mengen hiervon, als ein an organischen Substanzen ärmeres Wasser. Zur Bestimmung dieser die Desinfektion des Trinkwassers mit Chlor hindernden organischen Substanzen hat sich das übliche Kaliumpermanganatverfahren als sehr wenig geeignet erwiesen. Erheblich bessere Resultate bei der Bestimmung dieser die Desinfektion mit Chlor hemmenden Substanzen gibt die Feststellung der chlorbindenden Kraft eines Wassers. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Ein neues Verfahren der Chlorkalksterilisation kleiner Trinkwassermengen. Von Dr. Hans Langer. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1913, Nr. 38.

Verfasser hat im Freiburger Untersuchungsamt die Frage der Trinkwassersterilisation mittels Chlorkalk einer eingehenden experimentellen Prüfung unterzogen. Es konnte festgestellt werden, daß ein Chlorkalkzusatz von 0,5 g pro Liter, entsprechend etwa 0,12 g freiem Chlor, selbst bei Wässern mit recht starker Verunreinigung (40 mg Kaliumpermanganatverbrauch) ausreicht, die pathogenen Keime des Wassers mit hinreichender Sicherheit abzutöten. Da eine feine und gleichmäßige Verteilung des Chlorkalkes sich nur schwer erreichen läßt, hat sich eine Mischung gleicher Teile Kochsalz und Chlorkalkes zur Vermeidung der Verklumpung des Chlorkalkes vortrefflich bewährt. Der Chlorkalk gebraucht zur Abtötung der pathogenen Keime 10 Minuten. Zur Neutralisation des Chlorkalkes hat sich dem Verfasser ein von den Farbwerken Bayer & Co. hergestelltes H_2O_2-Präparat, das Natriumperkarbonat, sehr gut bewährt. Die Neutralisation des Chlorkalkes geht hierbei wahrscheinlich nach der Gleichung $CaOCl_2 + Na_2CO_4 = O_2 + 2NaC + CaCO_3$ vor sich. Der entstehende Niederschlag bleibt sehr lange im Wasser suspendiert, so daß eine nachträgliche Filtration erforderlich ist. Zum Filtrieren hat sich der Sukrofilter sehr gut bewährt. Es gelingt mit dem geschilderten Verfahren in der kurzen Zeit von etwa 15 Minuten ein bakteriologisch einwandfreies, geschmackloses Wasser zu bereiten, das gegen das ursprüngliche Wasser nur um ein geringes an Härte und Kochsalzgehalt zugenommen hat.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Die Gewinnung von keimfreiem Trinkwasser im Felde. Von Stabsarzt Dr. Kunow. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 75.

Die Gewinnung eines keimfreien Trinkwassers ist für die im Felde stehende Truppe von ganz außerordentlicher Bedeutung bei der Bekämpfung von Heeresseuchen. Während die Beschaffung einwandfreien Trinkwassers im Großen, für die Truppe bereits leicht möglich ist, fehlt es noch immer an einem einfachen, dabei aber zuverlässigen Verfahren, das auch nur wenigen von ihrer Truppe getrennten Soldaten die Herstellung eines bakteriologisch einwandfreien, schmackhaften und bekömmlichen Trinkwassers aus beliebigen, zur Verfügung stehenden Oberflächenwasser ermöglicht. Zur Erreichung dieses Zieles erschien dem Verfasser als gangbarster Weg der Zusatz von chemischen Mitteln, die eine Abtötung der pathogenen Keime bewirken und sich nach vollbrachter

Wirkung leicht durch ein anderes Mittel neutralisieren lassen. Nach einer größeren Reihe von Versuchen hat Verfasser festgestellt, daß sich der erwünschte Erfolg auf folgende Weite in völlig sicherer und einfacher Weise erreichen läßt. Dem keimfrei zu machenden Wasser werden pro 1 Liter 0,75 g Kupfersulfat und 0,75 g Kaliumpermanganat zugesetzt; die Mittel haben dann 10 Minuten einzuwirken. Alsdann wird zur Neutralisation dieser beiden Desinfizientien etwa 0,75 g festen 36⁰/₀ Wasserstoffsuperoxyds pro 1 Liter Wasser hinzugefügt. Nach 3 Minuten dauernder Einwirkung sind die Desinfizientien neutralisiert d. h. in unlösliche Salze übergeführt. Der sich bildende voluminöse Niederschlag muß in einem Filter abfiltriert werden; hierfür hat sich dem Verfasser als ganz besonders brauchbar der Sucrofilter erwiesen. Es gelingt auf diese Weise aus sehr stark verschmutztem Oberflächenwasser in 15 Minuten ein klares, geruch- und geschmackloses Wasser herzustellen, das frei von pathogenen Mikroorganismen und gesundheitsschädlichen Substanzen ist. Da das Verfahren sehr einfach ist, die Chemikalien billig, in Tablettenform herstellbar und lange haltbar sind, so scheint das Verfahren eine Zukunft zu haben, falls Nachprüfungen diese Ergebnisse bestätigen.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

3. Eisenbahnhygiene.

Vergleichende Farbensinnprüfungen bei Mannschaften der Eisenbahnbrigade. Von Stabsarzt Prof. Dr. Napp. Deutsche militärärztliche Zeitschrift, Festgabe für Dr. v. Schjerning; 1913.

Napp hält die Resultate des Anomaloskopes von Nagel für weit sicherer als die Pigmentproben. Es hat bei Farbenuntüchtigen nie versagt, wohl aber eine Reihe von Leuten als farbensicher bezeichnet, die nach der Probe mit Nagelschen oder Stillingschen Tafeln als farbenuntüchtig bezeichnet werden mußten. In zweifelhaften Fällen muß die endgültige Entscheidung von dem Ergebnis verschiedener Proben abhängig gemacht werden. Bei leichteren Fehlern, oder beim Bestehen der einen und Nichtbestehen der anderen Probe kann das Anomaloskop für eine ausschlaggebende Entscheidung benutzt werden.

Dr. Bernstein-Mühlhausen i. Thür.

4. Taubstummenfürsorge.

Die Vorbeugung der erworbenen Taubheit. Vortrag vor der Sektion London des englischen Medizinalbeamtenvereins. Von Macleod Yearsley, F. R. C. S., senior surgeon to the royal ear hospital. Public health; 1913, XXVI, Nr. 12.

Der Autor ist Vorsitzender der ärztlichen Abteilung des „National bureau for promoting the general welfare of the deaf“. Diese Vereinigung hat bei den englischen Zentralbehörden beantragt: 1. Die Anzeigepflicht aller Arten von Meningitis, ferner von Syphilis congenita, die unentgeltliche Behandlung von Mutter und Kind ermöglichen würde. 2 a) Die Anstellung eines Otologen in jedem Isolierkrankenhaus. b) Jede Schulohrenklinik sollte unter spezialärztlicher Leitung stehen. Die Anträge beruhen auf den Erfahrungen der Ohrenärzte. In 728 Fällen von Taubheit, die der Verfasser sah, beruhten 47,4⁰/₀ auf Scharlach, Diphtherie etc., 23,5⁰/₀ auf Meningitis, 29,1⁰/₀ auf angeborener Syphilis. Nicht die Opposition sei es, die einen Fortschritt hemme, sondern die schwere Last der Teilnahmlosigkeit; sie allein habe verursacht, daß in einer Reihe vermeidbarer Fälle Taubheit eingetreten sei. Deswegen wendet sich Yearsley an den Medizinalbeamtenverein mit dem Ersuchen, jene Anträge zu unterstützen. Werde z. B. jede Form von Meningitis angezeigt, so sei Aussicht auf weitere Studien, auf Behandlung und Isolierung der Krankheit gegeben.

Dr. Mayer-Simmern.

5. Krüppelfürsorge.

Fürsorge für Krüppel und Deformierte in Nebraska. Von H. Winnett Orr, M. D. Superintendent and ass. surgeon Nebraska orthopedic hospital. Vortrag auf der 64. Jahresversammlung der am. med. ass. The journ. of the am. med. ass.; 1913, LXI, 17, S. 1521.

Auf Grund der Annahme, daß in Nebraska sich etwa 1200—1500 Krüppel

befinden, wurde 1904 vom Parlament eine Summe von anfänglich 10000 Dollars für ein Krüppelkrankenhaus bewilligt. Die Anstalt hatte Erfolge; die Summe wurde in den Jahren darauf stetig erhöht. Für 1909 wurden 90000, für 1911 158000 Dollars bereitgestellt. Der durchschnittliche Krankenstand betrug 1909: 50, heute: 100—160. Die Ausbildung der Kinder zu gewerblichen Zwecken bedingte ununterbrochenen Unterricht während des ganzen Jahres. Eine Kinderlähmungsepidemie von 1909 lieferte der Anstalt 1000 verkrüppelte Kinder mehr, als vorher. Zur Zeit gibt es in Nebraska wohl 2000—3000 Kinder, die durch die orthopädischen und pädagogischen Maßnahmen des Nebraska orthopedic hospital gefördert werden könnten. Aehnliches bieten auf dem Gebiete der Krüppelfürsorge die Staaten Minnesota und Massachusetts und die Stadt New-York; in anderen Staaten ist die Krüppelfürsorge nicht staatlich geregelt, sondern beruht auf karitativen Beiträgen.

In der Diskussion berichtete Bailey-New-York über die von ihm in München gemachten Erfahrungen und die dort gesehenen Erfolge. Von allen Rednern, auch von J. Gilette-St. Paul, der in Amerika vorbildlich gewirkt hat, wurden die Leistungen des Autors anerkannt.

Dr. Mayer-Simmern.

---

6. Aerzte.

Muß der Arzt auf Verlangen seine Rechnung einzeln nachweisen? Gesetz und Recht; 14. Jahrg., S. 141.

Die Frage wird in juristischen Kreisen als strittig erachtet. Von einem Landgericht wurde sie verneint mit der Begründung, daß ein Rechtsanspruch erst bestehe, und der Arzt Bezahlung für geleistete Dienste erst dann verlangen könne, nachdem er eine für die Einzelheiten seiner Dienste aufführende Rechnung gestellt habe; zu einer Vorleistung dieser Art sei er nicht verpflichtet. Seitens eines Oberlandesgerichts und einiger Schriftsteller ist die Frage aber bejaht worden. Zwar wird in sehr vielen Fällen die nicht spezifizierte Rechnung ohne weiteres bezahlt; aber dann verzichtet der Kranke auf eine Prüfung, weil er zu dem Arzt Vertrauen hat. Verlangt aber der Kranke eine Spezifikation, so muß der Arzt diesem Verlangen nachkommen. Regelmäßig wird vorher die Höhe der Vergütung nicht vereinbart. Alsdann ist gemäß § 612 Abs. 2 des B.G.B. die taxmäßige Vergütung und in Ermangelung einer solchen die übliche zu zahlen. Der Kranke muß in der Lage sein, zu prüfen, ob der Arzt die Taxe eingehalten hat und er ist nicht verpflichtet, ohne weiteres den vom Arzt angesetzten Pauschsatz zu bezahlen. Das Verlangen braucht nicht auf einem Mißtrauen gegen den Arzt beruhen; es ist möglich, daß bei Aufstellung des Pauschbetrages ein Irrtum vorgekommen ist. Hiernach braucht der Kranke nicht früher bezahlen, als bis ihm der Arzt die Einzelheiten seiner Behandlung mitgeteilt hat. Dr. Hanauer-Frankfurt a. M.

Besprechungen.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rumpf-Bonn: **Arzt und R.V.O.** Bonn 1912. Verlag von Markus & Weber. Kl. 8°. 114 S. Preis: 3 Mark.

Eine kurze Abhandlung über die Aufgaben des Arztes bei der Durchführung der sozialen Gesetzgebung, die den Neuling in dieses Gebiet einführen soll. Nach einer kurzen Einleitung über die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit und die hierbei bestehenden Verpflichtungen im allgemeinen, über die Bedeutung der Reichsversicherungsordnung und des Reichsversicherungsamtes bespricht Verfasser nach einander die Kranken-, Unfall- und die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Am Schluß ist noch ein Literaturverzeichnis und Sachregister angefügt. Die Abhandlung eignet sich nicht nur für die Studierenden als Ergänzung zu ihrem Kollegstudium, sondern auch für den bereits in praktischer Tätigkeit befindlichen Arzt zum Nachschlagen und zur Information bei zweifelhaften Fragen. Rpd. jun.

Dr. Fall, Syndikus in Berlin: **Die Rechtsansprüche des Arztes aus der Arbeiterversicherung.** Jena 1912. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°. 98 Seiten. Preis: 3 Mark.

Eine interessante Studie über das Rechtsverhältnis des Arztes zu den Trägern der staatlichen Arbeiterversicherung, in der Verfasser sich bemüht, an der Hand der historischen Entwickelung die bestehenden Verhältnisse möglichst objektiv klarzulegen. Rpd. jun.

James Mackenzie, Professor in London: **Krankheitszeichen und ihre Auslegung.** Uebersetzt von E. Müller und herausgegeben von Professor Joh. Müller. Zweite Auflage. Curt Kabitzsch Verlag, Würzburg 1913. Gr. 8°, 206 S. Preis: 5 M.

Ein eigenartiges Werk! — Bleibt man auch Gegner der Ausführungen, so findet man sie doch interessant. Wenn der Verfasser durch seine Darlegungen ein ganz neues System der Symptomatologie innerer Erkrankungen schaffen will — er leugnet die Schmerzhaftigkeit der Organe, die seiner Meinung nach nur von der Haut ausgeht — so ist ihm dies zwar nicht gelungen, und er wird wenig Anhänger finden, aber beachtenswert sind und bleiben seine Behauptungen, die in den meisten Fällen nur als Hypothesen angesehen werden müssen. Mit den Erklärungen über viszeralen Schmerz wird der Verfasser schon bei allen denen keinen Glauben finden, die an den Unterleibsorganen Operationen ausführen müssen und die große Empfindlichkeit einzelner Organe leider sehr oft und sehr genau kennen zu lernen Gelegenheit hatten. — Wenn Verfasser ferner die Erscheinungen bei Herzkrankheiten benutzt, um den Mechanismus der Symptome bei Erkrankungen anderer Organe zu veranschaulichen, da die Entstehungsweise der Reflexphänomene bei allen inneren Organen im Prinzip die gleiche sei, so kann Ref. ihm auch hierin nicht folgen.

Trotzdem bleibt aber das Werk hochinteressant und lesenswert.

Dr. R. Thomalla-Ohlau i. Schl.

Dr. Adam Politzer, em. o. ö. Professor der Ohrenheilkunde an der Wiener Universität; em. Vorstand der Universitäts-Ohrenklinik; K. K. Hofrat: **Geschichte der Ohrenheilkunde.** Zwei Bände. Mit 29 Bildnissen auf 29 Tafeln. Band II von 1850—1911. Preis: geheftet 24 Mk.

Mit dem Erscheinen des II. Bandes der Geschichte der Ohrenheilkunde von Adam Politzer hat dieses großzügig angelegte Werk des Altmeisters der Ohrenheilkunde seinen Abschluß gefunden. Während der vor mehreren Jahren erschienene I. Band des Werkes die Otiatrie bei den alten Völkern und bei den Völkern des Mittelalters umfaßt sowie die Neuzeit bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts berücksichtigt, gibt uns der jetzt vorliegende II. Band einen Ueberblick über die moderne Zeit. Da der I. Band des Werkes in der Literatur bereits vor Jahren eingehend besprochen wurde, so beschäftigen wir uns nur mit dem II. Bande.

Wer sich nun in das Studium dieses Buches vertieft, erlebt die Ueberraschung, daß es viel mehr enthält, als der Titel verspricht. Er bringt nämlich im ersten Abschnitte die wichtigsten Ergebnisse der Arbeiten auf den Gebieten der Anatomie, Physiologie und Pathologie des Gehörorganes von 1851—1911 zur Darstellung, im zweiten Abschnitte die Entwickelung der Ohrenheilkunde in den einzelnen Ländern, und zwar des In- und Auslandes. Die Namen der Mitarbeiter, unter denen die bekanntesten Politzerschen Schüler sämtlich vertreten sind, sowie auch die Namen Birkett, Blake, Burger usw. bürgen dafür, daß jeder der Autoren die ihm zuerteilte Aufgabe gelöst hat. In der Tat wird der Leser finden, daß die einzelnen Kapitel, mag er herausgreifen, was er will, bei sorgfältiger Berücksichtigung der reichhaltigen Literatur alles Wissenswerte enthalten. Jedes einzelne Kapitel ist eine ausgezeichnete Leistung.

Im zweiten Teile des Buches wird der Werdegang einzelner Ohrenärzte, in erster Linie der Universitätslehrer, dann auch anderer durch die Literatur bekannt gewordener, außerhalb der Universität stehender Fachgenossen kurz dargestellt. Dabei werden die einzelnen Persönlichkeiten mit treffenden Strichen gezeichnet, auch werden ihre hauptsächlichsten Arbeiten angeführt. Alles möglichst kurz, jedoch so, daß niemand zu kurz kommt. Das war keine

leichte Aufgabe, aber sie ist glücklich gelöst. Für die ältere Generation ist die Beigabe der zahlreichen, der Politzerschen Privatsammlung entstammenden Abbildungen vieler Forscher eine große Ueberraschung. „Und manche liebe Schatten steigen auf".

Alles in allem: Die Politzersche Geschichte der Ohrenheilkunde ist ein Werk, das nur ein Mann wie Politzer schreiben konnte, der den hervorragenden Mediziner und bedeutenden Gelehrten in sich vereinigt sowie auf Grund seiner persönlichen Beziehungen im Stande war, die für die Mitarbeiterschaft geeigneten Kräfte heranzuziehen.

Dr. Rudloff-Wiesbaden.

Dr. G. A. Ziegeler: Leitfaden der Wasseruntersuchung. Zweite Auflage. Mit 33 Abbildungen. Stuttgart 1912. Verlag von Ferdinand Enke. Kl. 8°, 129 S. Preis: geh. 3 M.

Verfasser behandelt zuerst die zur Beurteilung des Wassers nötigen Prüfungsmittel und zwar in bezug auf ihre Reinheit, Zubereitung und Anwendung. Der zweite Abschnitt ist der chemischen Untersuchung des Wassers gewidmet, wobei zwar nur die einfachsten und bewährten Methoden Erwähnung finden, anderseits aber außer den wichtigsten auch minder wichtige und seltener im Wasser vorkommende Stoffe besprochen werden. Auffallender Weise fehlt darunter das Mangan; auch dürfte mancher Leser kurze Bemerkungen darüber vermissen, ob und welche Bedeutung dem Vorkommen der betreffenden Stoffe im Trinkwasser beizumessen ist. Der dritte Abschnitt enthält einen kurzen Abriß über die Vornahme der bakteriologischen Untersuchung, der folgende einen solchen über die mikroskopische Prüfung des Bodensatzes. Der letzte Abschnitt ist der Beurteilung des Wassers gewidmet; es werden hier die Anforderungen, die an ein gutes Trinkwasser zu stellen sind, ausführlich besprochen. Rpd. jun.

Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Wichelhaus-Berlin: **Vorlesungen über chemische Technologie.** Dritte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 200 Abbildungen. Dresden 1912. Verlag von Theodor Steinkopff. Gr. 8°, 884 S. Preis: geh. 19 M., geb. 22 M.

Das Werk gibt einen Ueberblick über die Rohstoffe, Apparate und Verfahren der chemischen Technik. Die einzelnen Abschnitte befassen sich im wesentlichen mit den Eigenschaften der zu erwähnenden Stoffe, mit ihrem Vorkommen, dem Verfahren ihrer Herstellung und ihrer Verwendung. Zuerst bespricht Verfasser das Chlornatrium, dann Schwefel und Schwefelverbindungen und die mit diesen beiden zusammenhängenden Stoffe wie Salzsäure, Chlor, Natriumsulfat, Soda usw. Es folgen Stickstoff und Stickstoffverbindungen (Ammoniak, Salpeter, Explosivstoffe), Phosphor, Aluminium, Eisen und Gold. Der nächste Abschnitt behandelt das Silicium und damit zusammenhängende Stoffe, wie Glas, Mörtel, Tonwaren, mineralische Farbstoffe. Den Beschluß machen die Kohlenstoffverbindungen, Erdgas und Erdöl, Fette und Oele, Kohlenhydrate, Alkohol, Steinkohle und Steinkohlenteer. Ein Namens- und Sachregister schließt sich an. Die einzelnen Abschnitte sind verständlich und klar geschrieben; durch zahlreiche und gute Abbildungen wird außerdem das Verständnis erheblich erleichtert, so daß die neue Auflage des vorzüglichen Werkes den beteiligten Kreisen warm empfohlen werden kann. Rpd.

Dr. Hügel: Taschenbuch pharmazeutischer Spezialitäten (Original- und Krankenkassenpackungen). Zusammengestellt im Auftrage der ärztlichen Lokalkommission Oldenburg. Würzburg 1913. Verlag von Kurt Kabitzsch. Kl. 8°, 189 S. Preis: 2,80 M.

Nach Indikationsgruppen geordnet bringt das vorliegende Büchlein eine alphabetische Zusammenstellung fast aller bekannten Originalpackungen mit Ausnahme von Geheimpackungen, deren Zusammensetzung Verfasser nicht erfahren konnte, und von solchen, die als Schwindelmittel anerkannt sind. Jede Seite ist in 4 Rubriken geteilt, deren erste den Namen der Mittel und der Hersteller enthält, die zweite Art, Inhalt und Preis der Packung, wobei auf Krankenkassenpackungen besonders hingewiesen wird. Die dritte Spalte bringt die Zusammensetzung und eine vierte die Gebrauchsanweisung. Angefügt sind

noch die Formulae Magistrales Berolin. mit ihrer Zusammensetzung, Gebrauchsanweisung und Preis. Zum Schluß folgt ein allgemeines Sachregister, das das Nachschlagen sehr erleichtert. Das Büchlein ist für den praktischen Arzt sehr brauchbar, besonders für den Kassenarzt, zumal dort, wo für die Krankenkassen keine besondere Liste der zu verschreibenden Spezialitäten aufgestellt ist. Rpd. jun.

Tagesnachrichten.

Das preußische Medizinalwesen im Staatshaushaltsetat 1914/15. Der neue Etat bringt im Vergleich zu dem vorjährigen insofern eine erfreuliche Aenderung, als diesmal eine Vermehrung der vollbesoldeten Kreisarztstellen um acht Stellen (Berlin VIII, Königsberg N. M., Görlitz (Stadt- u. Landkreis), Zabrze, Siegen, Cassel (Stadtkreis), Aachen (Stadtkreis) und eine neue Stelle für den Landkreis Gelsenkirchen vorgesehen ist; damit steigt die Ziffer der vollbesoldeten Kreisärzte (einschließlich der Hilfsarbeiter bei den Königlichen Regierungen und der Vorsteher der Medizinaluntersuchungsämter) auf 90 = 16,7 % der Gesamtzahl (538). Erfreulich ist auch, daß der Betrag für die Remuneration der bei den Medizinaluntersuchungsämtern angestellten Kreisassistenzärzte um 6500 M., also um je 500 M. für jeden Kreisassistenzarzt erhöht ist, „da deren Arbeitskraft durch die gesteigerte dienstliche Tätigkeit so in Anspruch genommen wird, daß dadurch die Möglichkeit, Privatpraxis oder eine andere gewinnbringende Tätigkeit auszuüben, wesentlich eingeschränkt wird". Die 1912/13 erfolgte Erhöhung des in den außerordentlichen Etat eingestellten Betrages für die Abhaltung von Fortbildungskursen (von 29600 M. auf 45000 M.) ist auch in dem diesjährigen Etat beibehalten; es werden demnach voraussichtlich wiederum nicht nur zwei derartige Kurse in der Hygiene und Bakteriologie, gerichtl. Medizin, und Psychiatrie für je 25 Kreisärzte stattfinden, sondern auch je ein Kursus auf dem Gebiete der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung sowie in der sozialen Medizin. Ebenso ist wieder ein Betrag von 5000 M. behufs Teilnahme der Medizinalbeamten an der Ausbildung der Desinfektoren eingestellt, um diese auf Grund der praktischen Erfahrung der Medizinalbeamten in zweckmäßiger und den tatsächlichen Bedürfnissen entsprechender Weise auszugestalten und anderseits den Medizinalbeamten selbst Gelegenheit zu geben, sich über die Fortschritte der Desinfektionstechnik auf dem Laufenden zu erhalten.

Mit Freuden wird weiterhin begrüßt werden, daß der Betrag für medizinal-polizeiliche Zwecke (im Vorjahre 254987 M.) um 30000 Mark erhöht ist, behufs Gewährung von Beihilfen zu Vorarbeiten und zur Ausführung von Wasserversorgungs- und Abwässerbeseitigungsanlagen. Damit ist der an dieser Stelle von uns im Vorjahre geäußerte Wunsch in Erfüllung gegangen.

Unter den einmaligen und außerordentlichen Ausgaben interessieren außer den bereits vorher genannten Beträgen für die Fortbildungskurse usw. der Medizinalbeamten besonders ein neu eingestellter Betrag von 26000 M. zwecks Anstellung von Untersuchungen über die Schutzpocken-Impfung, die von dem Institut für Infektionskrankheiten vorgenommen werden sollen. Bekanntlich ist auch von dem Reiche ein Betrag von 50000 M. zu gleichem Zwecke in den Etat des Reichsgesundheitsamts eingestellt.

Wer gehofft hat, daß in dem neuen Etat eine anderweite Regelung der Provinzialinstanz auf dem Gebiete des Medizinalwesens unter Fortfall der Provinzial-Medizinalkollegien in Erscheinung treten würde, wird enttäuscht sein, denn die betreffenden Etatssätze sind unverändert geblieben. Auch der dem Herrenhaus jetzt vorgelegte Entwurf einer Novelle zum Landesverwaltungsgesetz bringt nichts über die beabsichtigte anderweite Regelung der Provinzial-Medizinalkollegien, sondern bezweckt nur eine erhebliche Erleichterung und Beschleunigung der Geschäftsbehörden und der Verwaltungsgerichte, außerdem werden [illegible]sher noch bestehenden kollegialen Regierungsabteilungen für Kirchen- [illegible]hulwesen sowie für direkte Steuern, Domänen und Forsten beseitigt, so

daß künftighin alle Regierungsgeschäfte und Befugnisse grundsätzlich auf den Regierungspräsidenten zur eigenen Beurteilung unter seiner alleinigen Verantwortung, ebenso wie bisher im Geschäftskreise der Präsidialabteilung, übergehen. Im übrigen wird in der Begründung zu der Gesetzesnovelle ausdrücklich hervorgehoben, daß an dem bewährten Grundbau der provinziellen Verwaltungsstaffel: Kreis-, Bezirks- und Provinzialbehörde, auch künftighin festgehalten werden soll und an einer Beseitigung der obersten oder mittleren Instanz nicht gedacht werde.

Wir lassen nunmehr nachstehend die einzelnen Positionen des Etats folgen:

A. Dauernde Ausgaben.

1. Besoldung von 39 Mitgliedern (mit 600—1200 M.) und 36 Assessoren (mit 600—1050 M.) der Provinzialmedizinalkollegien . . . . 59 850,— M.
   Besoldung von 37 Regierungs- und Medizinalräten mit 4200—7200 M. und von 1 Regierungs- und Medizinalrat mit 1200 M. . . . . 254 400,— „ [1])
   Außerdem für 13 Regierungs- und Medizinalräte pensionsfähige Zulagen von 600 Mark . . . . 7 800,— „
   Vermerk: Die Regierungs- und Medizinalräte und die Direktoren der hygienischen Institute in Beuthen und Saarbrücken erhalten bis zu einem Drittel der Gesamtzahl der etatsmäßigen Stellen je 600 M. pensionsfähige Zulage.
   Besoldung von 7 vollbesoldeten Kreisärzten als ständige Hilfsarbeiter bei den Regierungen in Königsberg, Potsdam, Breslau, Oppeln, Arnsberg und Düsseldorf, sowie bei dem Polizeipräsidium in Berlin (mit 3000—7200 M.) . . . . 30 000,— „ [2])
2. Besoldung von 72 vollbesoldeten Kreisärzten (3000—7200 M.), 448 nicht vollbesoldeten Kreisärzten, darunter 18 nicht vollbesoldete Gerichtsärzte, mit mindestens 2100, höchstens 3900 M., im Durchschnitt 3000 M., sowie für sonstige Besoldungen . . . . 1 760 571,— „ [3])
3. Wohnungsgeldzuschüsse . . . . 109 040,— „ [4])
4. Remunerierung von 36 Kreisassistenzärzten und von Hilfsarbeitern im Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamtendienst bei den Provinzial-Medizinalkollegien sowie zu Beihilfen für die Wahrnehmung der Obliegenheiten des Kreisarztes durch Gemeindeärzte . . . . 77 550,— „
5. Stellenzulagen für nicht vollbesoldete Kreisärzte, einschließlich der Gerichtsärzte . . . . 209 100,— „ [5])

5a. Entschädigungen an die vor dem 1. April 1908 angestellten vollbesoldeten Kreisärzte für den Fortfall der Fuhrkostenentschädigung und der übrigen ihnen bisher zugeflossenen Gebühren für Dienstgeschäfte . . . . 5 000,— „

6. Geschäftsbedürfnisse der Provinzial - Medizinalkollegien (820 M.), Dienstaufwandsentschädigung für 2 Regierungs- und Medizinalräte in Berlin (je 1200 M.), für Vertretung von Reg.- und Medizinalräten und von als ständige Hilfsarbeiter bei den Regierungen beschäftigten vollbesoldeten Kreisärzten (3000 M.), Remuneration für die Prüfung der Rezepte und Rechnungen über die für Staatsanstalten ge-

---

[1]) Mehr: 3600 M. nach Maßgabe des Dienstalters.

[2]) Mehr: 1800 M. nach Maßgabe des Dienstalters.

[3]) Mehr: 21 000 M. nach Maßgabe und Dienstalter der vollbesoldeten Kreisärzte sowie Anfangsgehalt für 8 vollbesoldete Kreisärzte für die Kreisarztbezirke Berlin VIII, Stadt Königsberg N. M., Görlitz (Stadt und Landkreis), Zabrze, Siegen, Cassel (Stadtkreis), Aachen (Stadtkreis) und eine neue Kreisarztstelle für den Landkreis Gelsenkirchen.

[4]) Mehr: 6660 M. für die 8 neuen vollbesoldeten Kreisarztstellen.

[5]) Weniger: 4150 M. durch Umwandlung von 7 nicht vollbesoldete Kreisarztstellen in vollbesoldete.

lieferten Arzneien (8500 M.), **Dienstaufwandsentschädigungen** für die vollbesoldeten Kreisärzte bis zu 1150 M., im Durchschnitt 900 M., für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte einschl. der Gerichtsärzte bis zu 900 M., im Durchschnitt 400 M. (245 000 M.), nicht abgelöste Postporto- und Gebührenbeträge, einschließl. Fernsprech-, Telegramm- und sonstige Frachtgebühren für dienstliche Sendungen der Kreisärzte (380 M.) sowie Reisekosten für auswärtige Mitglieder der Provinzial-Medizinalkollegien, Reisekosten und Entschädigungen für die Erstattung schriftlicher Gutachten und Berichte an die psychiatrischen Mitglieder der Besuchskommissionen für die Beaufsichtigung der Privat-Irren- usw. Anstalten und Reisekosten für die auswärtigen Mitglieder des Beirats für das Apothekenwesen (14 050 M.) . . . . 268 650,— M.[6])

7. Beihilfen zum Studium medizinal-technischer wichtiger Einrichtungen und Vorgänge . . . . 3 000,— „
8. Reisekosten der Kreismedizinalbeamten . . . . 975 000,— „
9. u. 10. Remunerierung der Mitglieder und Beamten der Kommissionen für die Staatsprüfung der Aerzte, Zahnärzte, Apotheker, Kreisärzte und Nahrungsmittelchemiker . . . 97 000,— „ [7])
11. Institut für Infektionskrankheiten . . . . 259 201,— „ [8])
12. Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung in Berlin . . . . 194 168,— „ [9])
13. Bad Bertrich . . . . 89 660,— „ [10])
14. Hygienisches Institut in Posen . . . . 76 870,— „ [11])
15. Hygienisches Institut in Beuthen (Oberschl.) . . . . . 47 850,— „ [12])
16. Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten in Saarbrücken . . . . 84 880,— „ [13])
17. Medizinal-Untersuchungsämter (11 vollbesoldete Kreisärzte (in Gumbinnen, Danzig, Potsdam, Stettin, Breslau, Magdeburg, Hannover, Stade, Münster, Koblenz und Düsseldorf), 11 Kreisassistenzärzte als Assistenten dieser Aemter und 2 Kreisassistenzärzte als Leiter der Untersuchungsstellen in Bromberg und Sigmaringen . . . . 189 550,— „ [14])
18. Zuschüsse für einige Krankenanstalten . . . . 5 610,— „
19. u. 20. Impfwesen (Remunerierung der Vorsteher, Assistenten, Tierärzte, sächliche Ausgaben, Impfprämien usw.) . . . 107 981,— „ [15])
21. Kosten der amtlichen Apothekenbesichtigungen durch die hierzu Bevollmächtigten . . . . 57 500,— „
22. u. 23. Unterstützungen für aktive Medizinalbeamte (7500 M.), für ausgeschiedene Medizinalbeamte sowie für Witwen und Waisen von Medizinalbeamten (60 000 M.) . . . . . . 67 500,— „
23 a. Unterstützungen für die auf Grund des § 15 des Kreis-

---

[6]) Mehr: 4400 M. für Amtsunkostenentschädigung infolge von 8 neuen vollbesoldeten Kreisarztstellen.

[7]) Weniger: 97 000 M. durch Uebertragung der Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Vorprüfungen auf den Etat des Kultusministeriums.

[8]) Mehr: 13016 M. für 2 neue wissenschaftliche Mitglieder (je 4800 M.), Bureauassistenten usw.

[9]) Weniger: 2441 M.

[10]) Mehr: 6100 M.

[11]) Mehr: 2270 M.

[12]) Mehr: 4590 M.

[13]) Weniger: 400 M.

[14]) Mehr: 13 300 M. für Geschäftsbedürfnisse (5000 M.) und besonders für Remuneration der Kreisassistenzärzte (6500 M.), da deren Arbeitskraft durch die gesteigerte dienstliche Tätigkeit so in Anspruch genommen wird, daß dadurch die Möglichkeit, Privatpraxis oder eine andere gewinnbringende Tätigkeit auszuüben, wesentlich eingeschränkt wird.

[15]) Weniger: 2385 M.

	arztgesetzes auf Wartegeld gestellten Medizinalbeamten (künftig wegfallend)	15 000,— M.[16])
24.	Almosen an körperlich Gebrechliche zur Rückkehr in die Heimat, sowie für arme Kranke	900,— „
25.	Für medizinalpolizeiliche Zwecke, einschließlich 8000 M. zur Bestreitung der Kosten der sanitätspolizeilichen Kontrolle behufs Abwehr der Choleragefahr und 26 987 M. für das Lepraheim im Kreise Memel	284 700,— „ [17])
26.	Hafen- und Schiffsüberwachung einschließlich der Quarantäneanstalten	55 040,— „ [18])
27.	Ausführung des Gesetzes, betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten	100 000,— „
28.	Unterstützung des Bezirkshebammenwesens	100 000,— „
29.	Verschiedene andere Ausgaben (Zuschuß für Aerzte auf verschiedenen Ost- und Nordseeinseln, Beihilfe zu Fortbildungskurse für Aerzte, Zahnärzte und Apotheker (28 000 Mark) usw.	49 846,— „ [19])
30.	Umzugskosten	27 000,— „ [20])
	Zusammen:	5 629 257,— M.
	Im Vorjahre:	5 632 194,— „
	Danach weniger:	2 937,— M.

B. Einmalige und ausserordentliche Ausgaben.

a) 45 000 M. zur Abhaltung von Fortbildungskursen für Medizinalbeamte (wie im Vorjahre).
b) 5000 M. zur Teilnahme der Medizinalbeamten an der Ausbildung der Desinfektoren (wie im Vorjahre).
c) Ankauf des Pitzschen Hotelgrundstücks in Bad Bertrich für den Kurhausneubau (1. Rate) 174 000 M.
d) 17 000 M. zur Unterhaltung eines Laboratoriums der Versuchs- und Prüfungskommission für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung für die Zwecke der Mainwasseruntersuchung in Wiesbaden (wie im Vorjahre).
e) 1000 M für Ergänzung der Bücherei des Instituts für Infektionskrankheiten in Saarbrücken (neu).
f) 26 000 Mark Zuschuß zwecks Anstellung von Untersuchungen über den Schutzpocken-Impfstoff bei dem Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" in Berlin (neu)[21]).
g) Bekämpfung der Granulose 30 000 M. (wie im Vorjahre).
h) Bekämpfung des Typhus im Regierungsbezirk Trier 42 000 M. (wie im Vorjahre).
i) 10 000 M. zu Beihilfen zur Krebsforschung.[22])

Zusammen:	376 000,— M.
Im Vorjahre:	251 480,— „
Demnach mehr:	124 520,— M.

[16]) Weniger: 10 000 M. wegen Wartebedarfs.

[17]) Mehr: 29 718 M. Erhöhung des Fonds nach Maßgabe des Bedürfnisses zur Gewährung von Beihilfen zu Vorarbeiten und zur Ausführung von Wasserversorgungs- und Abwässerbeseitigungsanlagen, wobei ein Betrag von 30 000 M neu eingestelllt ist.

[18]) Mehr: 3‹0 M.

[19]) Mehr: 1200 M.

[20]) Mehr: 1000 M.

[21]) In der Begründung hierzu heißt es: Bei der Bedeutung der Schutzpockenimpfung für die Volksgesundheit ist es angezeigt, die wissenschaftliche Erforschung der Pocken zu fördern. Insbesondere ist in Aussicht genommen, durch experimentelle Untersuchungen den Pockenerreger bei kranken Menschen und Versuchstieren sowie in der Schutzpockenlymphe nachzuweisen, ihn, wenn angängig, außerhalb des Tierkörpers in Reinkultur zu züchten und die Infektionswege genauer festzustellen.

[22]) Mehr: 7000 M.

k) 16000 Zuschuß zur baulichen Instandhaltung der Quarantäne-anstalten bei Memel, Neufahrwasser und Voßbrook.
l) 10000 M. zu Beihilfen zur Anstellung von Weinkontrolleuren im Hauptberufe behufs Durchführung des Weingesetzes vom 7. April 1909 — R. G. Bl S. 393 (wie im Vorjahre).

Aus dem **Etat des Kultusministeriums** verdient noch erwähnt zu werden, daß außer sehr erheblichen Beträgen für Neu-, Um- und Ergänzungsbauten von medizinischen Universitätskliniken, -Instituten usw. (etwa 5 Millionen M). weiterhin unter den einmaligen Ausgaben eingestellt sind: 40000 M. für die Charité zur Erforschung der Krebskrankheit und 200000 M. zum Ankauf von Radium und Mesothorium. Unter den Ausgaben für Neubauten interessieren besonders diejenigen für den nunmehr beschlossenen Ausbau der in Münster i W. bisher nur vorhandenen medizinisch-propädeutischen Abteilung zu einer vollen medizinischen Fakultät. Zu diesem Zwecke sollen eine chirurgische, medizinische, gynäkologische und Augen-Klinik, ein pathologisches, hygienisches, pharmakologisches und gerichtsärztliches Institut auf einem dem Fiskus gehörigen, etwa 7½ Hektar großen Gelände im Westen der Stadt Münster erbaut werden. Die Gesamtkosten sind zu rund 4 Millionen Mark veranschlagt, davon leisten die Provinz und die Stadt Münster einen Betrag von je 500000 M., und der Allgemeine Knappschaftsverein in Bochum 200000 M. gegen Bereitstellung von 60 Betten in den einzelnen Kliniken für seine erkrankten Mitglieder. In Angriff soll zunächst der Bau der chirurgischen, medizinischen und gynäkologischen Klinik genommen werden; als erste Baurate sind dafür im ganzen 650000 M. im Etat vorgesehen.

Dem **preußischen Abgeordnetenhause** ist der **Entwurf eines Wohnungsgesetzes** vorgelegt und von ihm bereits in der Sitzung am 17. d. M. beraten. Der Entwurf stimmt ebenso wie die dazu gegebene Begründung im Wortlaute mit dem im Vorjahre veröffentlichten und auf der diesjährigen Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins erörterten Entwurf überein, so daß sich seine erneute Besprechung ebenso erübrigt wie sein Abdruck, da dieser in dem offiziellen Bericht über jene Hauptversammlung bereits erfolgt ist. In der betreffenden Sitzung des Abgeordnetenhauses wurde der Entwurf auffallender Weise nicht vom Minister des Innern, sondern vom Handelsminister eingehend begründet. Er betonte die Notwendigkeit eines Wohnungsgesetzes, um die auf diesem Gebiete liegenden Mißstände zu beseitigen; denn die Wohnungsfrage sei eine Kultur- und volkswirtschaftliche Frage ersten Ranges. Der konservative Redner, Abg. v. Hassel, erkannte, wie zu erwarten stand, diese Notwendigkeit, namentlich für das platte Land, nicht an und hielt deshalb auch eine Ausdehnung der gesetzlichen Bestimmungen auf dieses für überflüssig und bedenklich. Auch der freikonservative Redner, Abg. Lüdicke, sprach sich in ähnlichem Sinne aus, während die Vertreter der übrigen Parteien, die Abgg. Wuermeling (Zentr.), Künzer (natlib.), Dr. Flesch (Fortschrittler) und Hirsch (Soziald.) eine gesetzliche Regelung der Frage im allgemeinen für nötig erachteten und den Gesetzentwurf als eine geeignete Unterlage für eine solche bezeichneten. Der Entwurf wurde dann an eine Kommission von 21 Mitglieder verwiesen.

Nach der dem Reichstage vorgelegten Uebersicht der vom Bundesrate gefaßten Entschlüsse zu den vorjährigen Beschlüssen des Reichstags hat der Bundesrat ein vom Reichstag gewünschtes **Reichsgesetz zur Bekämpfung der Tuberkulose** nicht als nötig erachtet, da die Vorschriften der einzelnen Bundesstaaten ausreichten, eine Ansicht, die in fachmännischen Kreisen jedenfalls nicht geteilt wird.

In **Bayern** ist in diesem Jahre zum Geburtstag des Königs (7. Januar) als Auszeichnung für die praktischen Aerzte zum ersten Male statt des bisher üblichen Titels „Hofrat“ und „Geheimer Hofrat“ der Titel **„Sanitätsrat“** und **„Geheimer Sanitätsrat“** verliehen.

Todesfälle. Am 28. v. M. ist nach schwerer Krankheit der Geh. Med.-Rat Dr. **Springfeld,** Reg.- und Med.-Rat in Osnabrück, plötzlich gestorben. Mit ihm ist ein Medizinalbeamter im besten Lebensalter (44 Jahr) aus dem Leben geschieden, der sich nicht nur in den Kreisen seiner Kollegen, sondern sondern auch in weiteren Kreisen den Ruf eines außerordentlich befähigten, kenntnisreichen, energischen, tat- und arbeitskräftigen Medizinalbeamten in allen seinen verschiedenen amtlichen Stellungen erworben hatte und auf eine verhältnismäßig schnelle amtliche Laufbahn — im Alter von 29 Jahren war er bereits Medizinalassessor beim Polizeipräsidium in Berlin (1894—1900) und im Alter von 35 Jahren (1900) Reg.- und Medizinalrat zunächst in Arnsberg, dann in Osnabrück, Königsberg i. Pr. und zuletzt wieder in Osnabrück — zurückblicken konnte. Seine Spezialgebiete waren besonders die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten und das Apothekenwesen; auf beiden Gebieten hat er eine hervorragende und umfassende Tätigkeit, auch literarisch entwickelt, die ihn infolge seines sich nicht immer im bureaukratischen Rahmen bewegenden, sondern oft über diesen hinausgehenden Vorgehens, sowie seines offenen, über etwaige Rücksichten sich leicht hinwegsetzenden Bekundens und Vertretens eigener Ideen und selbständiger Gedanken manche Angriffe und nicht wenige Gegner geschaffen hat. Bei seiner kampfesfrohen und streitbaren Natur ist ihm aber eine solche Gegnerschaft, so lange mit ehrlichen Waffen gekämpft wurde, eher willkommener als unangenehm gewesen. Sein Name wird in den beteiligten Kreisen nicht sobald vergessen sein, insbesondere werden ihm die Medizinalbeamten ein ehrendes Andenken bewahren.

Vor wenigen Tagen ist auch der älteste, in Ruhestand befindliche preußische Medizinalbeamte, der Geh. San.-Rat Dr. **Wilde,** Kreisphysikus a. D. in Deutsch-Krone aus dem Leben geschieden, der sich bis in sein hohes Alter (92 Jahre) hinein eine außerordentliche geistige Frische bewahrt hatte. Ehre seinem Andenken!

Vom Mai bis Oktober d. J. wird in **Stuttgart** eine **Ausstellung für Gesundheitspflege** stattfinden, auf der die Gesundheitspflege in umfassender Weise behandelt werden soll. Es sind zu diesem Zwecke je eine volkstümliche, wissenschaftliche, literarische Abteilung und, räumlich davon getrennt, eine Abteilung für angewandte Hygiene vorgesehen. Die wissenschaftliche Abteilung, die in dem massiven Hauptgebäude der Ausstellung untergebracht wird, soll ein Bild von der Tätigkeit des Hygienikers und von den Leistungen der öffentlichen Gesundheitspflege entwerfen. Dieses Bild soll aber nicht nur dem eigentlichen Fachmann, sondern auch weiteren Kreisen, wie dem Volkswirtschaftler, dem Verwaltungsbeamten, dem Lehrer usw. verständlich gemacht werden. Die wissenschaftliche Abteilung zerfällt in folgende 11 Gruppen mit verschiedenen Untergruppen. die im einzelnen durch Arbeitsausschüsse vorbereitet werden, für die zahlreiche hervorragende Fachgelehrte, Universitätsprofessoren, Aerzte, Tierärzte, Verwaltungsbeamte Techniker gewonnen sind und zwar für

I. Gruppe: Bakteriologie, Pathologie und ansteckende Krankheiten: Medizinaldirektor Dr. von Rembold[1]), Ob.-Med.-Rat, Prosektor am Katharinenhospital, San.-Rat Dr. Hammer, II. Stadtarzt.

Sondergruppe: Tuberkulose: Dr. v. Leube, Exz., Prof., Geh. Rat, Dr. v. Beißwänger, Ob.-Reg.-Rat im Medizinalkollegium.

II. Gruppe: A. Arbeit, Leibesübungen, Alkoholismus: Prof. Dr. von Grützner, Direktor des Physiologischen Universitäts-Instituts in Tübingen. B. Rassenhygiene, Statistik: Prof. Dr. Losch, Oberfinanzrat am Stat. Landesamt und Dr. Ziegler, Prof. an der Technischen Hochschule.

---

[1]) Wo bei den obenangeführten Namen der Vorsitzenden und Mitglieder der Arbeitsausschüsse der Wohnsitz nicht besonders angegeben ist, gilt Stuttgart als solcher.

III. Gruppe: Bau und Wohnungswesen, Beseitigung der Abfallstoffe, Straßen: Reg.-Baumeister Sigloch, technischer besoldeter Gemeinderat, Stadtbaurat Maier, Vorstand des Städt. Tiefbauamtes, Landeswohnungsinspektor Daser.

IV. Gruppe: A. Wasserversorgung: Baurat Groß, staatlicher Techniker für das öffentl. Wasserversorgungswesen und Bauinspektor Riegel, Vorstand des Städtischen Wasserwerkes. B. Beleuchtung, Heizung und Lüftung: Diplom-Ing. Göhrum, Direktor des Städt. Gaswerkes.

V. Gruppe: Nahrungswesen, Fleisch- und Milchversorgung: Prof. Dr. Wolf, Direktor des Hygienischen Universitäts-Instituts in Tübingen, Dr. Bujard, I. Stadtchemiker, Direktor des Städt. chemischen Laboratoriums, Veterinärrat Kösler, Direktor des Vieh- und Schlachthofs.

VI. Gruppe: Körperpflege, Fürsorge für Kranke und Gebrechliche, Rettungswesen, Bestattungswesen: Geh. Hofrat Dr. Veiel, Direktor des Städt. Krankenhauses in Cannstatt, Stadtbaurat Pantle, Vorstand des Städtischen Hochbauamtes, Med.-Rat Dr. Camerer, ordentl. Mitglied beim Medizinalkollegium.

Sondergruppe: Badewesen: Geh. Hofrat v. Vetter, Vorsitzender des Aufsichtsrats der Stuttgarter Badgesellschaft.

Sondergruppe: Arzneimittel und Gifte: Hofrat Koch, Vorstand der Dispensieranstalt am Katharinenhospital, Hofrat Müller, Referent im Medizinalkollegium.

VII. Gruppe: A. Armee: Prof. Dr. Lasser, General- und Korpsarzt. B. Verkehr: Med.-Rat Dr. Schleicher, Oberbahnarzt.

VIII. Gruppe: Hygiene des Kindesalters und Schulhygiene: Prof. Dr. Gastpar, I. Stadtarzt, Dr. Camerer, leitender Arzt des Säuglingsheims, Schulzahnarzt Dr. Trük.

IX. Gruppe: Berufs-, Gewerbe- und Fabrikhygiene: Ober-Med.-Rat Dr. v. Scheurlen, ordentliches Mitglied im Medizinalkollegium, Gewerbeinspektor Fischer.

X. Gruppo: Versicherungswesen, Wohlfahrtseinrichtungen: v. Falsch, Ob.-Reg.-Rat bei der Zentralstelle für Wohltätigkeit, Biesenberger, Ob.-Reg-Rat bei der Versicherungsanstalt Württemberg, Gamer, Verwaltungsdirektor der Ortskrankenkassen.

XI. Gruppe: Historisches: Prof. Dr. Gößler, Landeskonservator, Dr. Rößger, Vorstand des Städt. Statistischen Amtes, Prof. Dr. Krämer, Marinegeneraloberarzt a. D.

Der Sekretär der wissenschaftlichen Abteilung ist Stabs- und Garnisonarzt Dr. Bofinger.

Pest. In Aegypten scheint die Pest erloschen zu sein; seit dem 12. Dezember ist nur noch eine 1 Erkrankung und 1 Todesfall vorgekommen; die Gesamtzahl der Erkrankungen (und Todesfälle) hat im Jahre 1913: 654 (305) betragen. In Britisch-Ostindien sind vom 30. Oktober bis 6. Dezember 4545 Personen an der Pest erkrankt und 3445 gestorben; in Niederländisch-Indien vom 3. bis 16. Dezember: 486 (437), in Hongkong vom 23. November bis 6. Dezember: 7 (7), in Britisch-Ostafrika vom 6. bis 15. Dezember: 7 (7), in Brasilien und zwar in Bahia vom 9. bis 15. November: 4 (2), in Chile vom 5. bis 8. Oktober: 4 (1).

Cholera. In Ungarn ist vom 21. bis 27. Dez. nur noch 1 Erkrankung festgestellt; in Bosnien sind vom 10. bis 16. Dezember noch 6 Erkrankungen gemeldet; seitdem sind beide Länder cholerafrei geblieben. Dasselbe gilt von Rumänien, wo vom 22. November bis 7. Dezember nur noch 2 Erkrankungen und 3 Todesfälle vorgekommen sind. In Konstantinopel betrug die Zahl der Erkrankungen (Todesfälle) in der Zeit vom 19. Dezember

bis 4. Januar 1914: 25 (10), auf den Philippinen und zwar in Manila vom 16. bis 29. November: 23 (12).

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 14. bis 27. Dez. 1913 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rückfallfieber, Pocken; Tollwut: — (—), Fleckfieber: — (—), 1 (—); Aussatz: — (—), — (1); Milzbrand: 2 (—), 4 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 2 (—) 5 (—); Unterleibstyphus: 171 (21), 166 (14); Paratyphus: — (—), 3 (—), Ruhr: 2 (—), 4 (—); Diphtherie: 2216 (141), 1685 (129); Scharlach: 1696 (78), 1199 (87); Kindbettfieber: 109 (26), 82 (24); Genickstarre: 2 (1), 1 (—); spinaler Kinderlähmung: 8 (1), 6 (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: — (—), — (—); Körnerkrankheit (erkrankt)): 364, 72; Tuberkulose (gest.): 682, 568.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarzes Dr. B. in N.: a) Der Regierungspräsident hat mich auf Ersuchen des Oberstaatsanwalts beauftragt, einen Geschäftsreisenden, der wegen eines früher im Gefängnisse erlittenen Unfalls noch 10 % Rente bezieht, wiederum zu untersuchen. Kann ich für diese m. E. vertrauensärztliche Verrichtung Gebühren nach Gesetz vom 14. Juli 1909 liquidieren?

b) Ist ein nicht an meinem Wohnort befindliches Amtsgericht berechtigt, von den mir durch Post übersandten Gebühren für Leichenöffnung die Portokosten abzuziehen? Welche Entscheidung oder Bestimmung ist aber maßgebend? Muß die Zusendung nicht „Frei lt. Avers" und sogar bestellgeldfrei erfolgen?

Antwort: Zu a) Dem Kreisarzt stehen für die Untersuchung des Unfallrentners wie für andere vertrauensärztliche Tätigkeit Gebühren zu, die jedoch nach dem Erlaß vom 8. September 1911 nur insoweit nach dem Gebührengesetz zu berechnen sind, als der Tarif ausdrücklich Positionen dafür enthält (s. a. Med.-Kal. S. 345). Da dies vorliegend nicht der Fall ist, so ist nach der ärztlichen Gebührenordnung vom 15. Mai 1896 zu liquidieren.

Zu b) Wie schon im Sprechsaal, Jahrg. 1912, S. 216 mitgeteilt, ist die Frage zweifelhaft; s. den Kommentar des Herausgebers zum Gebührengesetz, S. 43, Anm. 2.

Anfrage des Kreisarztes Dr. L. in K.: a) Nach dem Gebührengesetz vom 14. Juli 1909, B. 17, soll für ein schriftliches Gesundheitszeugnis behufs Aufnahme in ein Seminar, eine Präparandenanstalt u. dgl. eine Gebühr von 3 M. berechnet werden. Gilt diese Gebühr auch für diejenigen Atteste, die Zöglinge des Oberlyzeums nach etwa dreijährigem Besuch dieser Anstalt vor Ableistung des letzten (praktischen) Jahres beizubringen verpflichtet sind?

b) Sind diese Atteste ebenfalls stempelfrei wie jene, die behufs Aufnahme in das Oberlyzeum gefordert werden?

c) Rechtfertigt eine zeitraubende Untersuchung der Augen bei Refraktionsanomalien oder Sehschwäche eine Erhöhung der Gebühr?

Antwort: a) **Ja;** denn es ersetzt jenes Zeugnis. Bei Aufnahme in das Oberlyzeum wird übrigens ein Gesundheitszeugnis nicht allgemein verlangt.

b) **Ja.**

c) **Nein.** Die Gebühr ist in Ziffer 17 des Tarifs fest bestimmt; nach Nr. 2 der allgemeinen Bestimmungen ist aber eine Ueberschreitung der Gebühr nur in solchen Fällen zulässig, in denen der Tarif einen Mindest- und Höchstbetrag vorsieht.

Anfrage des Dr. W. in K.: Als Sachverständiger erhielt ich 19,50 M. Gebühren, hatte aber allein für Vertreterentschädigung und Fahrgeld 24 M. Auslagen. Ich mußte um 7 Uhr vorm. abreisen und konnte erst abends ½6 Uhr wieder zu Hause sein. Muß ich mich mit 19,50 M. zufrieden geben?

Antwort: Es kann m. E. auf Grund des § 3 Abs. 2 der Reichsgebührenordnung vom 30. Juni 1878 eine Entschädigung für etwaige Vertretungskosten beansprucht werden; der Anspruch muß aber durch den Nachweis der Notwendigkeit einer Vertretung und der dadurch entstandenen Kosten begründet werden.

Anfrage des Kreisarztes Dr. Sch. in P.: Der bekannte Amol-Fabrikant Wasmuth in Hamburg legt in den Papphülsen für Amol eine reklameartige Anpreisung betr. Dr. med. Heys Rad-Jo bei. Ist eine derartige Reklame unzulässig und strafbar auf Grund der in den einzelnen Regierungsbezirken nach dem Ministerialerlaß vom 28. Juli 1902 erlassenen Polizeiverordnungen? Oder gibt es noch andere gesetzliche Bestimmungen, auf deren Grund ein Vorgehen dagegen zulässig ist?

Antwort: Es kann sowohl auf Grund der in allen größeren Reg.-Bezirken bestehenden und nach ständiger Rechtsprechung des Kammergerichts zulässigen Polizeiverordnungen, betr. das Verbot reklameartiger, über den wahren Wert hinausgehender Ankündigungen von Heilmethoden usw., als auf Grund des Gesetzes über den unlauteren Wettbewerb das Strafverfahren eingeleitet werden (s. auch Beilage Rechtsprechung und Med.-Gesetzgebung zu Nr. 23 dieser Zeitschrift; 1913, S. 270).

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Die **diesjährige Hauptversammlung** des Preußischen Medizinalbeamtenvereins wird voraussichtlich am **Dienstag,** den **21. April** in Berlin stattfinden. Etwaige Vorträge, Diskussionsgegenstände oder sonstige Wünsche für die Tagesordnung sind bis zum 15. Februar d. J. bei dem Unterzeichneten anzumelden.

Minden i. W., den 15. Januar 1914.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamtenvereins.

I. A.:
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund,
Vorsitzender.

Mitteilung für die Leser der Zeitschrift.

Wegen Ueberlastung der Buchdruckerei hat sich die Fertigstellung des **Berichts über die vorjährige Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins** und des **Inhaltsverzeichnisses** bis zur Ausgabe der heutigen Nummer der Zeitschrift nicht ermöglichen lassen; die Beifügung des Berichts und des Inhaltsverzeichnisses wird daher erst bei der nächsten Nummer (Nr. 3) der Zeitschrift erfolgen können.

Die Redaktion.

Mitteilung für die preussischen Medizinalbeamten.

Das **Gesamtformular für den Jahresbericht** kann wie bisher von der Expedition der Zeitschrift — Hofbuchdruckerei von J. C. C. Bruns, Minden i. W. — zu dem früheren Preise bezogen werden.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 3. Ausgegeben am 5. Februar

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch

J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 3.
und Beilage: Offizieller Bericht über die IX. Hauptversammlung des Deutschen [Medi]zinalbeamten-Vereins.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen. Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: den Med.-Räten und Kreisärzten Dr. Nünninghoff in Bielefeld, Dr. Tracinski in Zabrze, Dr. Guder in Laasphe, Dr. Schneider in Gelsenkirchen, Dr. Willermann in Heiligenbeil sowie dem a. o. Prof. Dr.

Silcze in Berlin; — das Prädikat Professor: dem Oberstabsarzt Dr. Stürtz, Dozent der Akademie für praktische Medizin in Cöln, dem Privatdozenten Dr. Varkastner und Dr. Löhlein in Greifswald und dem Augenarzt Dr. Paul Carsten in Berlin; — der Rote Adlerorden II. Klasse: dem Wirkl. Geh. Rat Prof. Dr. Ehrlich in Frankfurt a. M.; — die Krone zu dems. Orden III. Kl. mit der Schleife: dem Reg.- u. Geh. Med.-Rat a. D. Dr. Schmidt in Liegnitz; — derselbe Orden IV. Klasse: dem Oberarzt der chirurgischen Abteilung des städt. Krankenhauses in Remscheid, Dr. Ahrens, dem San.-Rat Dr. Wiemer in Apenrade und dem Kreisarzt Dr. Meyer in Saarburg i. L.; — der Kronenorden III. Kasse: dem Kaiserlichen zweiten Leibarzt Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Niedner in Berlin und dem Generaloberarzt a. D. Dr. Ziemann in Charlottenburg; — die Rote Kreuz-Medaille II. Klasse: dem Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich in Berlin-Steglitz, den Geh. Med.-Räten Prof. Dr. Dr. Breitung in Coburg und Dr. Happel in Darmstadt; — dieselbe Medaille III. Klasse: dem Reg.- und Med.-Rat Dr. Meyen in Liegnitz, den Kreisärzten Geh. Med.-Rat Dr. Friedrich in Landsberg a. W. und Dr. Lemke in Berlin, dem Geh. Med.-Rat Dr. Scheube in Greiz, den Bezirksärzten Med.-Rat Dr. Renner in Tiefenort und Dr. Schultheiß in Gerstringen, dem Med.-Rat Dr. Eschle, Direktor der Kreispflegeanstalt in Sinsheim (Baden), dem Geh. San.-Rat Dr. Gemmel in Berlin-Wilmersdorf, den San.-Räten Dr. Boehnke in Remscheid, Dr. Falk in Hemelingen, Dr. Gruber in Marggrabowa, Dr. Herrnstadt in Lissa (Posen), Dr. Otto in Neuhaldensleben, Dr. Specht in Dudweiler, Dr. Kurt Habicht in Darmstadt, den praktischen Aerzten Dr. van Ackeren in Kleve, Dr. Bratz, Dr. Rudolf Jsaac und Dr. Paul Richter in Berlin, Dr. Eysel in Cassel-Rothendetmold, Dr. Funke in Melle, Dr. Gast in Trebben, Dr. Hinze in Gemmerich (Kreis St. Goarshausen), Dr. Horst in Podgorz (Kreis Thorn), Dr. Karl Jacobi in Düsseldorf, Dr. Kühler in Kreuznach, Dr. Laup in Minden i. W., Dr. Paul Müller jun. in Stettin, Dr. Pritzel in Erkner, Dr. v. Manger in Hagen i. W., Knappschaftsoberarzt Dr. Quadflieg in Aachen, Dr. Rathmann in Mühlhausen (Thür.), Dr. Sähn in Heiligenhafen (Holst.), Dr. Zimmermann in

Friedland (Ob.-Schles.), Dr. Arthur Baumstark in Karlsruhe-Mühlburg, Dr. Berger in Bühl (Oberelsaß), Dr. Feltz in Lörchingen (Lothringen), Dr. Günther in Wohlsdorf (Anhalt), Dr. August Stapf in Würzburg, sowie dem General- und Korpsarzt Dr. Näther in Dresden, dem Marinegeneralarzt Dr. Hoffmann in Berlin-Lichterlelde, dem Stabsarzt Prof. Dr. Otto in Charlottenburg, dem Generalarzt a. D. Dr. Grahn in Ostrowo, den Zahnärzten Prof. Dr. Med. Brand in Berlin und Dr. med. Heinhaus in Crefeld.

Ernannt: a. o. Prof. Geh. Med.-Rat Dr. Walb in Bonn zum ordentlichen Honorarprofessor, Kreisassistenzarzt Dr. Knoll in Münster zum Kreisarzt in Bernkastel, Generaloberarzt a. D. Dr. Reischauer in Bromberg zum Kreisassistenzarzt daselbst und Leiter der dortigen Medizinaluntersuchungsstelle, Stabsarzt a. D. Dr. Simon in Hagen i. W. zum Kreisassisenzarzt daselbst, Dr. Molineus zum a. o. Mitglied und Dozenten an der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf.

Versetzt: Dr. Clauditz, Kreisarzt in Remscheind, als ständiger Hilfarbeiter an die Königl. Regierung in Breslau; Dr. Lehmann, Kreisarzt in Bernkastel als ständiger Hilfsarbeiter an die Königl. Regierung in Düsseldorf.

Gestorben: Dr. H. Thomas in Stockum (Kr. Bochum), Dr. Wichert in Küstrin, Prof. Dr. Bartels in Königsberg i. Pr., Dr. Karl König in Hannover, San.-Rat Dr. Buttermann in Gartz a. Oder, Privatdozent Prof. Dr. Grabower, Geh. San.-Rat Dr. Volmer, Dr. Loewenstein und Dr. Leuck in Berlin, San.-Rat Dr. Lerche, Kreisphysikus a. D. in Bolkenhain, Dr. Schepers in Weeze (Reg.-Bez. Düsseldorf), Marineoberstabsarzt Dr. Kunze und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Voelker in Kiel, Generalarzt a. D. Dr. Horn und Geh. San.-Rat Dr. Koerte (im 97. Lebensjahr, also wohl der bisher älteste praktische Arzt) in Berlin, Geheimer San.-Rat Dr. Schädel in Flensburg, San.-Rat Dr. Becker in Eschweiler, Dr. F. Gahlen in Büllingen (Reg.-Bez. Aachen), San.-Rat. Dr. Herm. Tappot in Trier, Dr. Paul Petzold in Loetzen (Ostpreußen).

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Ritterkreuzes I. Klasse des Königlich Sächsichen Albrechtsordens: dem Dr. Seige, Arzt an Dr. Wiggers Kurheim in Partenkirchen.

Ernannt: San.-Rat Dr. E. Wiedemann in Augsburg zum Mitglied des Kreismedizinalausschusse von Schwaben-Neuburg an Stelle des aus diesem Ausschuß ausscheidenden Hofrats Dr. Trölsch in Augsburg.

Königreich Sachsen.

Gestorben: Hofrat Dr. Friderich in Dresden, Geh.-Rat Dr. Guido Weber in Dresden, Ehrenmitglied des Landes-Gesundheitsamtes und früherer Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein, Dr. Lippe in Stolpen bei Pirna.

Königreich Württemberg.

Die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst haben bestanden: Dr. Fritz Fink in Weinsberg, Dr. Gleuwitz, Assistenzarzt an der Heilanstalt Winnenthal, Oberarzt Dr. Korn, Chefarzt am Militärgenesungsheim Waldeck bei Nagold, Dr. W. Missmahl in Riedlingen, Dr. J. Mögelin, Assistenzarzt an der Heilanstalt Zwiefalten, Dr. E. Schwarz, Sekundärarzt an der Augusta Krankenanstalt in Bochum, Dr. G. Walcher, I. Assistenzarzt an der Landeshebammenschule in Stuttgart, Dr. E. Wolff in Pfullingen und Dr. K. Zöppritz, Zentralimpfarzt in Cannstadt.

Grossherzogtum Baden.

Auszeichnungen: Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Ritterkreuzes II. Klasse des Großherzoglich Sächsischen Falkenordens: Dr. Schön, leit. Arzt der Kuranstalt Bellevue in Konstanz.

Ernannt: Privatdozent Dr. v. Szily in Freiburg i. Br. zum außerordentlichen Professor an der dortigen medizinischen Fakultät.

Gestorben: Privatdozent Dr. Schlinpert in Freiburg i. Br., Dr. K. Deißler in Seckenheim bei Mannheim.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Gestorben: San.-Rat Dr. Schmarbeck in Parchim.

Erledigte Stellen.

Königreich Preussen.

Zum 1. April d. Js. die Stelle des Kreisassistenzarztes und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamte in **Hannover.** Jahreseinkommen voraussichtlich 2500 M. Bakteriologische Vorbildung erforderlich.

Die Stelle kann auch einem noch nicht kreisärztlich geprüften Arzte vorläufig kommissarisch übertragen werden, wenn er den Bedingungen für die Zulassung zur kreisärztlichen Prüfung genügt und sich zur alsbaldigen Ablehnung der Prüfung verpflichtet

---

27. Jahrg. **Zeitschrift** 1914.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 3.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Febr.

Zum Kapitel „Wohnungsaufsicht" im neuen Wohnungsgesetzentwurf.

Von Dr. Ascher, Kreisarzt in Hamm i. Westf.

In seiner Besprechung des „Wohnungsgesetzentwurfes" auf der letzten Versammlung der preußischen Medizinalbeamten im April vorigen Jahre hat Herr Reg.- und Medizinalrat Dr. Wolff Ausführungen gemacht, die ihre wertvollste Bestätigung bei dem im letzten Dezmber in Charlottenburg abgehaltenen Kongress für Wohnungsaufsicht und Wohnungspflege fanden. [1]) Hier, wo aus den Erfahrungen schon tätiger Wohnungsaufseher Berichte gegeben wurden, klang, wie schon nach ihren früheren Berichten nicht anders zu erwarten war, stets als letztes der Wunsch heraus, mit den anderen Zweigen der Gesundheitsfürsorge und Wohlfahrtspflege in innigste Fühlung zu treten, weil die rein polizeiliche Aufsicht, ja sogar die einfach belehrende schon nach ganz kurzer Zeit außerordentlich unbefriedigend wegen ihrer Unwirksamkeit wird. Erst das Zusammenarbeiten mit der Ge-

[1]) Vergleiche den Bericht in der „Konkordia"; 1914, Nr. 1.

sundheitsfürsorge und die Abhilfe der Uebelstände entweder durch Mittel zur Erlangung besserer Wohnungen oder durch Schaffung neuer und besserer Wohngelegenheiten kann eine befriedigende Tätigkeit gewähren.

Man soll sich bei den Beratungen des Gesetzentwurfes diese Erfahrungen recht eingehend zu Herzen nehmen, ehe man eine Einrichtung schafft, die bei nicht unerheblichen Kosten sehr wenig Gutes erreichen wird, wenn nicht von vornherein die Mängel der isolierten Wohnungsaufsicht beseitigt werden.

Es war daher kein Zufall, daß auf dem erwähnten Kongress den reichsten und tiefstempfundenen Beifall jene Redner fanden, die, wie Herr Hofrat Busching, das Zusammenarbeiten mit der Wohlfahrtspflege in den Vordergrund schoben.

Die rein polizeiliche Aufsicht begegnete ebenso wie die rein technische in dieser aus Praktikern zusammengesetzten Versammlung unverhohlener Ablehnung.

Es herrschte das Gefühl vor, daß die Technik viel mehr ihren Platz bei der Aufstellung von Bauplänen fände, als bei der Aufsicht über die Benutzung der einmal fertig gestellten Wohnungen.

Es sei deshalb an dieser Stelle gestattet, Ausführungen zu wiederholen und zu ergänzen, die der Verfasser z. T. in der Diskussion am ersten Tage des Kongresses machen konnte, ohne anderes als Zustimmung zu finden.

Verfasser stützt sich auf 4jährige Erfahrungen, die er mit einer eigenartigen Einrichtung im Stadt- und Landkreise Hamm gemacht hat, dem sogenannten Fürsorgeamt. In einer mehrjährigen Fürsorgetätigkeit in einer östlichen Großstadt — Tuberkulose, Haltekinder, Schwachsinnige — hatte er die Nachteile eines Nebeneinander statt eines Miteinander kennen gelernt. Als er deshalb durch seine Versetzung als Kreisarzt nach einer Mittelstadt und einem großen industriellen Landkreis Gelegenheit zu einer alle Zweige der gesundheitlichen Fürsorge umfassenden Einrichtung erhielt, gelang es die maßgebenden Faktoren von ihrer Zweckmäßigkeit sehr bald zu überzeugen und in wenigen Monaten ein „Fürsorgeamt“ ins Leben zu rufen, das nicht nur die bisher üblichen Zweige der Gesundheitsfürsorge umfaßt, sondern durch Massenuntersuchungen bei Impfungen und in Schulen, sowie durch Aufsuchung Neugeborener mit den Hebammen schwächliche Personen vor dem Ausbruch einer Krankheit herauszufinden sich bemüht. Da nun alle Wohlfahrtspflege in der Wohnung beginnt und dort wieder endet, da ferner die Belehrung über die Benutzung der Wohnung fast die Hälfte der Tätigkeit der Fürsorger ausmacht, ist hiermit eine Wohnungsaufsicht geschaffen worden, die nicht nur alles umfaßt, was in polizeilicher und pflegrischer Hinsicht je von einem Gesetze gefordert werden kann, sondern auch aus den Mitteln der Fürsorge, die Möglichkeit zur Verbesserung der Wohnungen gibt. Wo von den Fürsorgern, die sehr rasch

Wohnungsmängel herauszufinden lernten, solche gemeldet wurden, konnte entweder der das Fürsorgeamt leitende Kreisarzt oder, wenn er die Zuziehung des Bauamtes für erforderlich hielt, dieses Abhilfe schaffen, soweit der Mangel einer Wohnungsordnung und an Wohngelegenheit dies zuließ. Diese beiden Ergänzungen der Wohnungsaufsicht sind nämlich unbedingt nötig, soll die Wohnungsaufsicht nicht zu einer toten Schreibart herabsinken.

Das Beamtenpersonal, mit dem wir die Fürsorge und damit die Wohnungsaufsicht ausführen, setzt sich wie folgt zusammen: Aus einem Gesundheitsaufseher, ehemaligen Sanitätsunteroffizier, im Range eines Schutzmannes, den die Stadt Hamm für diesen Zweck anstellte, einer Fürsorgerin, die früher Kindergärtnerin, einer zweiten, die Krankenschwester war, und einer Hilfsdame, der Frau eines Unterbeamten.

Mit diesen Kräften und mit einer nicht unerheblichen Reihe ehrenamtlicher bestreiten wir nicht nur die erwähnte Fürsorgetätigkeit, sondern auch die Unterhaltung von mehr als 20 Mutterberatungsstellen usw.

Die Einwohnerschaft des gesamten Bezirks — Stadt und Land — umfaßt rund 150000 Einwohner.

Wenn wir nun hieraus Schlüsse ziehen dürfen, so wäre die erste Veraussetzung die Frage nach dem bisherigen Nutzen. Vielleicht können darüber die Erfahrungen in den Mutterberatungsstellen als erste herangezogen werden, die eine ganz erheblich niedrigere Sterblichkeit als die Gesamtheit der Säuglinge aufweist.

Vielleicht spricht weiter für die Art unserer Tätigkeit auf der einen Seite die Gründung einer Gartenstadt-Baugenossenschaft und auf der anderen das wohlwollende Verhalten, das der hiesige Grundbesitzerverein unserer Tätigkeit entgegenbringt.

Wir glauben deshalb unsere Einrichtung nicht nur als nachahmenswert empfehlen zu können, sondern glauben sogar, daß sie die beste Lösung der ganzen Frage auch für diejenigen Kreise darstellt, die von den Besuchen der verschiedenen Teile der Wohlfahrtspflege betroffen werden. Alle Besucher fragen nach den gleichen Dingen und nur wenige sind bei den zersplitterten Mitteln imstande, durchgreifend zu helfen.

Da aber nicht alle Kreise und Orte sich zu den gleichen Leistungen wie bei uns werden verstehen können, dürfte es sich empfehlen, eine Grenze zwischen Großstädten, wie sie der Gesetzentwurf vorsieht, und den übrigen Orten zu ziehen, den Großstädten die Einrichtung und Unterhaltung von Wohnungsämtern, aber mit entsprechender Beteiligung der beamteten Aerzte, den übrigen Orten dagegen den Ausbau der „Gesundheitskommissionen“ vorzuschreiben. Um aber auch diese zu einer ernsten und nicht bloß zeitweisen Tätigkeit anzuhalten, dürfte sich die Anstellung besonderer Unterbeamten im Sinne unserer Fürsorger und Fürsorgerinnen empfehlen. Notwendig ist es allerdings, daß hierfür vom Staate

ein möglichst hoch zu bemessender Betrag in den Etat eingestellt wird, damit alle diese Orte durch Gewährung von entsprechenden Staatszuschüssen in die Lage versetzt werden, solche Beamten anzustellen, ohne die anderen Aufgaben der gesundheitlichen Fürsorge zu schädigen.

Für die Großstädte wäre zwar eine solche Zusammenlegung der Fürsorgetätigkeit ebenfalls von größtem Nutzen; bei den vielen schon bestehenden Einrichtungen wird sie aber noch lange auf sich warten lassen. Im übrigen ist aber hier eine Teilung der Aufgaben nicht so schädlich, wie in kleineren Gemeinden mit geringeren Mitteln.

Eigenschaften und Schicksale von 40 lebenslangen Gefangenen des bayer. Zuchthauses Kaisheim.

Von Dr. med. **Theodor Viernstein,** Kgl. Hausarzt beim Zuchthause.

(Schluß.)

Ich komme nunmehr zur Besprechung der 9 Geisteskranken.

Bei drei von ihnen konnte eine vorübergehende geistige Erkrankung beobachtet werden:

Fall 1. Betrifft einen jetzt 49jährigen, ledigen, außerehelich geborenen Maurer aus ländlichen Verhältnissen, psychisch nicht belastet, 4mal gerichtlich, außerdem 7mal polizeilich vorbestraft, das erstemal mit 20 Jahren, der als Soldat desertierte, angeblich wegen schlechter Behandlung seitens eines Unteroffiziers, sich stellen- und mittellos in München herumtrieb, keine Arbeit fand, in Not geriet und sodann — im Winter 1888, mithin mit 24 Jahren — gemeinsam mit einem anderen einen Armenhäusler, der auf dem Heimwege von einer Augenklinik sich befand, abends erschlug und beraubte. Die Beute betrug etwa 8 M.! Der tödlich Getroffene fiel in eine tiefe Sandgrube, wurde hier liegen gelassen und starb. Seit Mitte 1889, also 24 Jahre, wegen schweren Raubes in lebenslanger Haft in Kaisheim, zog sich der Gefangene im ganzen 14 Hausstrafen zu wegen Unverträglichkeit, Fluchens, Frechheit, Arbeitseinstellung; einmal zerschnitt er einen ihm zum Ausbessern übergebenen Anzug in kleine Stücke. Die Akte enthält gelegentlich eines Strafausmaßes folgende Bemerkung des Anstaltsvorstandes: „Es ist zu berücksichtigen, daß H. ein leicht erregbares Temperament besitzt, jedoch alsbald seinen Fehler einsieht, und bereut.“

Im Jahre 1904 findet sich die Diagnose: „Aura epileptica; petit mal“ verzeichnet. 1908 erkrankte der Gefangene an depressiver Gemütsänderung, weinte, klagte, reagierte nicht auf Anrede, zeigte aber keine Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen. Er besserte sich im Spitale rasch und ist seither ohne Rückfall geblieben. Macht im ganzen den Eindruck deutlicher geistiger Reduktion. Somatisch wegstehende Ohren; mittlere Schneidezähne sind auseinander gerückt. War fast stets in Gemeinschaftshaft. — Ich halte H. für einen Epileptiker.

Fall 2 ist der in den Erläuterungen zu A III an dritter Stelle Aufgeführte, verheiratete Holzhändler. Im Anschluß an ein vor etwa 4 Jahren im Zuchthaus unvermittelt zu Protokoll gegebenes Tatgeständnis äußerte der Mann längere Zeit religiöse Wahnideen, mußte aus Einzelhaft genommen werden und kam auch vorübergehend mit weinerlicher Verstimmung, gebundener äußerer Haltung und sichtlich erschwerter Mitteilsamkeit und geistiger Hemmung auf die Krankenabteilung. Nach baldiger Besserung entlassen, arbeitet der Gefangene bis jetzt ohne Unterbrechung. (Depressive Phase des manisch-depressiven Irreseins.)

Fall 3 berührt einen erst seit 2¼ Jahren verwahrten, 24 Jahre alten, ledigen, ehelich von Gütlersleuten geborenen Tagelöhner Pr., dessen mißliche

Jugend- und Erziehungsverhältnisse schon sub C Erwähnung fanden. Er gab an, vom 5.—8. Lebensjahr infolge des Bisses einer giftigen Natter krank gewesen zu sein. Erbliche Belastung liegt nicht vor. Der Gefangene, verwahrlost und in schlechter Umgebung von Kulturarbeitern in Wirtshäusern aufgewachsen, ist frühkriminell und im einzelnen mit Gefängnis wegen Körperverletzung, Sachbeschädigung und Bedrohung, vorsätzlicher Körperverletzung, Sachbeschädigung und Schießens, Sachbeschädigung und strafbaren Eigennutzes vom 17. Lebensjahr ab in ununterbrochener Aufeinanderfolge vorbestraft. Im Jahre der Mordtat — 1910 — hatte er noch eine Haftstrafe wegen Bettelns erstanden. Die Tat bestand darin, daß er nach vorangängigem gemeinsamen Wirtshausbesuch einem nach Hause gehenden Bauern den Schädel zertrümmerte und 100 M. raubte.

Der Gefangene, der schon zu Beginn seiner Haft einen sehr einsilbigen, verschlossen-mürrischen Eindruck machte und einen düsteren Blick, sowie niedrige Stirn und geringe Hirnschädelentwicklung aufwies, kam zunächst in Einzelhaft. Fortgesetzt ablehnendes Verhalten bei Visiten machte die ersten Zweifel an seiner geistigen Gesundheit rege. Dem Versuche, ihn in Gemeinschaftshaft zu versetzen, widerstrebte er.

Ende Mai vorigen Jahres klagte er unvermittelt über Kopfweh. Tags darauf lag er wie bewußtlos am Boden seiner Zelle, hatte beschleunigten Puls. Der Aufseher teilte mit, der Gefangene habe nachts sein Eckbrett beschädigt. Er mußte mittels Tragstuhles ins Spital befördert werden, ließ auf dem Wege dorthin zunächst alles hängen, leistete dann aber auf der Treppe heftigsten Widerstand, hielt sich krampfhaft am Geländer fest und mußte mit Gewalt losgemacht werden. Der Weitertransport gelang ohne Reaktion. Im Spital lag der vom Personal ausgekleidete Gefangene wie bewußtlos da, steif, reagierte auf keine Anrede, lächelte eigentümlich, nahm wenig Kost, verweigerte 1 Tag lang das gereichte Bier und war nicht zu bewegen, das Lager zu verlassen, noch unter andere Kranke zu gehen. Nach mehreren Tagen war er so weit zugänglich, daß seine örtliche und zeitliche Klarheit und das Fehlen von Sinnestäuschungen und Wahnbildern festgestellt werden konnte; er verblieb aber stets äußerst wortkarg, stierte in die Ecke, rührte sich kaum, zeigte keinerlei gemütliche Bewegung, lächelte zuweilen noch immer wie „verloren" und mußte aus der Zelle getragen werden, als deren Reinigung veranlaßt wurde. Er kam in Gemeinschaftssaal und verhielt sich hier in 3 Wochen Aufenthalt ebenso ablehnend gegen die Umgebung, aß aber regelmäßig und schlief gut. Nach einer weiteren Woche wurde der Gefangene, der tagsüber wieder das Bett verlassen und am Spaziergang teilgenommen hatte, versuchsweise zur Arbeit in Gemeinschaftshaft entlassen.

Wir stehen hier wahrscheinlich vor dem Initialstadium einer Dementia praecox, deren weitere Entwicklung die Zukunft lehren dürfte. Der Beginn in Einzelhaft ist zu beachten!

Diesen — bis jetzt — vorübergehenden Geistesstörungen stehen 6 Fälle dauernden Verfalls in Geisteskrankheit gegenüber:

Fall 4, in den Erläuterungen zu A V bereits als vierter näher geschildert, rechtfertigt den Verdacht einer sich langsam fortentwickelnden systematisierenden Größenidee (als „Schriftsteller"). Man könnte vielleicht streiten, ob es sich bei dem jugendlichen Gefangenen bloß um die Entwicklung einer Charakterabsonderlichkeit, um ein Streben nach Originalität handelt, dem man im Zuchthaus bekanntlich nicht selten in Form des Erfinder- und Weltverbesserertums begegnet. Ich möchte mir indes diese Auffassung nicht aneignen, sondern bin geneigt, den Gefangenen als echten Paranoiker anzusprechen. Auch hier ist die Einzelhaft das der Weiterentwicklung der krankhaften Erscheinung förderliche äußere Moment!

Fall 5 berührt einen 78jährigen Greis, seit Jahren ständigen Spitalinsassen, seit 32 Jahren in hiesiger Haft, der an seniler Demenz leidet. Körperlich altersdekrepid, gemütlich sehr labil, oft gereizt und unverträglich, im allgemeinen aber intellektuell geordnet. Zeichnete sich lange Zeit durch Exhibitionieren, öffentliche Masturbation im Spitale aus, sowie durch unsittliche Nachstellungen und Aufforderungen an Mitgefangene. Auf energische Ab-

weisung seitens derselben beschuldigte er sie, ihn in seiner Hilflosigkeit im Bade mißbraucht zu haben. Eine disziplinare Ahndung eines solchen, besonders gravierenden Vorfalles unterblieb in Rücksicht auf den Geisteszustand.

Fall 6: J. B., geboren am 25. März 1855, ist eheliches Kind von Taglöhnerleuten in Augsburg. Außer ihm gingen aus der elterlichen Ehe noch 2 Töchter hervor, deren eine sich später der Prostitution ergab. Ein Bruder der Mutter war ein sog. Wanderer, der als lediger Schreiner von Land zu Land zog, ohne indes je kriminell geworden zu sein. Auch sonst traten in der Familie verbrecherische Neigungen nicht hervor. Der Vater war starker Trinker, starb an Rotlauf; die Mutter starb an Herzwassersucht. Der Knabe lernte, bei den Eltern erzogen, in der Schule lesen, schreiben und rechnen. Aus den Erzählungen des vorerwähnten, zeitweise zu Hause vorsprechenden Onkels empfing der Knabe frühzeitig nachhaltige Eindrücke von den Reizen ungebundenen Wanderlebens.

Nach dem Tode beider Eltern kam B. mit 12 Jahren in das katholische Waisenhaus zu Augsburg. Sein Benehmen gab hier zu Tadel Anlaß, weswegen er der Besserungsanstalt Ottobeuren zugeführt wurde.

Einige Wochen in dieser befindlich, entwich er im März 1867. Noch im gleichen Jahre beging B. einen Diebstahl, wanderte hierauf 2 Jahre lang, bis Ende 1869, in der Welt herum und berührte hierbei bettelnd die Schweiz, Italien, Württemberg, Baden und auch Oesterreich. Während dieser Wanderperiode erstand er wegen Bettelns und Landstreicherei vier Strafen.

Am 12. Januar 1870 kam B. auf Verfügung seiner vaterstädtischen Polizei in die Staatserziehungsanstalt Niederschönenfeld. In 16 Monaten dortigen Aufenthaltes zog er sich 19 Disziplinarstrafen zu, insbesondere suchte er einmal die Anstalt in Brand zu stecken. — Am 11. Mai 1871 wurde er mit „schlimmem Prädikat“ entlassen. Es sei zu befürchten, daß er, der zu Mord, Brand und Raub geneigt sei, zu einem höchst gemeingefährlichen Verbrecher ausarten werde. Man konstatierte außerdem einen „besonderen Hang zum Vagieren“.

Seiner Wanderlust fröhnte er nach dem Weggang aus Niederschönenfeld aufs neue und zwar von Mitte Mai 1871 bis zur zweiten Hälfte 1872, wobei er sich abermals 4 Strafen wegen Bettelns und Landstreicherei zuzog.

Mitte 1872 — B. zählte etwas über 17 Jahre — erfolgte die Einschaffung ins Arbeitshaus Rebdorf. Er war in diesem etwa 7 Monate lang verwahrt, als er gegen einen jüngeren Mitgefangenen einen Mordversuch verübte. Die näheren Umstände dieser Tat waren nach Aktenlage folgende (Auszug aus einer späteren Anklageschrift):

> „Im Jahre 1873 finden wir B. im Arbeitshause Rebdorf. Dort machte er den ersten Mordversuch aus Rache an einem Mitgefangenen K., den er durch einen Messerstich in die rechte Halsseite töten wollte. B. gesteht ein, in der Absicht, zu töten, gehandelt zu haben; er erklärt dies durch seine eigenen Beobachtungen bei einem ähnlichen Attentat, das 2 Monate vorher in der gleichen Anstalt verübt worden war, welchen Vorgang B. beobachtet hatte, wobei ihm insbesondere nicht entgangen war, wie die Arterie spritzte. Er wollte es ebenso machen, nur wußte er damals noch nicht, daß auch die linke Halsseite ebenso totbringend verletzt werden kann und hieb deshalb in die rechte Halsseite seines Mitgefangenen, traf ihn aber nicht tödlich. Möglichenfalls wollte B. den K. auch ins Genick treffen, denn B. gab zu, gehört zu haben, daß schon mancher gestorben sei, den man ins Genick gestochen habe.“

B. erhielt deshalb am 2. Mai 1873 eine Gefängnisstrafe von 6 Jahren und 1 Monat zuerkannt.

Zur Strafverbüßung wurde B. nach dem Zellengefängnis Nürnberg verbracht, wo er zunächst 3 Jahre verblieb.

Infolge eines von ihm begangenen tätlichen Angriffes gegen einen Aufseher im Mai 1876 wurde B. zur Straffortsetzung in die Gefangenenanstalt Amberg überstellt. Er war gegen den Aufseher mit dem gezückten Messer losgegangen, traf ihn aber nicht. Wegen dieses Reates erhielt er am 9. Februar 1876 eine amtsgerichtliche Zusatzstrafe von 8 Tagen Gefängnis. — Bei der Ueberstellung nach Amberg wurde B. vom Vorstande zu „ganz besonderer Vorsicht empfohlen, da er nicht nur ein sittlich verkommener

und unverbesserlicher, sondern auch ein sehr leidenschaftlicher und sehr gefährlicher Mensch sei".

Nach 5 Monaten wiederholte B. in Amberg seinen Angriff auf einen dortigen Aufseher:

„Fortgesetzte Faulheit und Nachlässigkeit B.'s waren die oftmaligen Veranlassungen von Zurechtweisungen und Anzeigen. Am 13. Oktober 1876 früh schaute B., anstatt zu arbeiten, im Saale herum. Es gab einen Wortwechsel mit dem Werkaufseher, der B. anscheinend reizte und ihm sagte, daß er ihn wegen Faulheit zum Strafrapport bringe." Dies geschah. „B. verließ das Direktorialzimmer, nach ihm der Werkaufseher. Während dieser die Türe schloß und sein Gesicht derselben zuwandte, erhielt er von B. einen Stoß, als er sich drehte, stand B. mit gehobener Hand, in der er ein Messer hatte, ihm gegenüber und stach sofort zu." — „B. gab an, es sei ihm bei Verlassen des Zimmers plötzlich der Zorn aufgestiegen, er habe aus Rache gehandelt, weil der Beamte ihm gesagt habe, er, B., gebe nicht einmal einen rechten Zuchthäusler ab. Auch gab B. zu, in der Absicht, den Beamten zu verletzen, das Messer mit sich genommen zu haben."

Es wurde gleichzeitig festgestellt, daß B. schon vorher gedroht habe, wenn es ihm wieder so gehe, wie in Nürnberg, wo ihn der Aufseher wegen Faulheit auf den Rapport gesetzt habe, dann mache er es dem Werkaufseher anders als dem im Zellengefängnis und ersteche ihn mit dem Messer. Am Tage der Tat rühmte sich B. gegenüber einem Mitgefangenen, daß er ein kaltblütiger Mensch sei, daß ihm am Leben „nichts hinge", daß er schon in Rebdorf einen erstochen habe, ebenso einen im Zellengefängnis, und daß er auch hier den Werkaufseher über den Haufen steche.

Am 23. Januar 1877 erfolgte B.s Verurteilung wegen Mordversuchs zu weiteren 10 Jahren Zuchthaus.

Er kam am 29. Januar 1877, mithin noch nicht ganz 22 Jahre alt, ins Zuchthaus München. Das hausärztliche Aufnahmegutachten bezeichnete ihn tags darauf als gesund, arbeitsfähig und zellenhafttauglich. Ueber das weitere Schicksal des B. am Straforte München gibt nun die Akte folgende Aufschlüsse:

Im ersten Halbjahr 1877 wurde der Gefangene „wegen allgemein vorzüglicher Haltung belobt". Diese gute Führung änderte sich aber schon im Dezember 1877, wo B. „wegen unanständigen Benehmens beim Rapporte und wegen Drohung mit Gewalttätigkeit" diszipliniert werden mußte.

Das Jahr 1878 brachte ihm 2 Hausstrafen: Die erste wegen Vordrängens beim Rasieren, Beschimpfens und Schlagens eines Mitgefangenen, sowie wegen Herausforderns und Bedrohung, die zweite wegen Sprechens und ungebührlichen Benehmens.

Das Jahr 1879 weist auf: Einmischen in Diensthandlungen, Verlassen der Reihe beim Abführen; Angriffsversuch gegen einen Aufseher, Schreien und Drohen beim Abführen; unanständiges Benehmen; Zertrümmerung des Fensters, des Wassergefäßes, der Brille, des Tischfußes und Drohung gegen den Aufseher; Beschimpfung des Amtsvorstandes und Hausmeisters; Zertrümmerung der Zellenfournituren und seines Spinnrades.

Im Jahre 1880 finden sich als Strafgründe: Schreien in der Zelle und Zertrümmerung des Spinnrades; grobe Beschimpfungen der Allerhöchsten Person, Lärmen im Hofe, sowie Zertrümmern der Zellengeräte; tätlicher Angriff auf einen Mitgefangenen und, „weil er in die Zelle und in den Arrest verlangte."

Im Jahre 1881 finden sich die Ahndungen: Unaufmerksamkeit; Zertrümmern des Spinnrades; Beschimpfung des Aufsehers; „unanständige Aeußerung über Se. Majestät" und den Vorstand; Hinausschauen zum Fenster; Abänderung des Spinnrades; Arbeitsverweigerung; Versuch, einem Beamten ein Instrument zu entreißen; weil er mit Hurra auf die aufgestellte Wache zulief und einem Soldaten das Gewehr entreißen wollte; gewaltsame Zertrümmerung von Arbeits- und Eßgeräten; Weigerung, im Hof zu bleiben, Verlangen in den Arrest; Zertrümmern des gesamten Zelleninventars, Beschimpfung des Beamten und Versuch, dem Posten das Gewehr zu entreißen; „unbändiges Benehmen" (Strafe: Zwangsjacke!); Beschädigung des Abortkübels.

Die Jahre 1882 und 1883 verzeichnen folgende — 19 — Disziplinierungen:

Lärmen und Schreien in der Untersuchungshaft; grobe Beschimpfungen Allerhöchster Personen, des Ministeriums, des Amtsvorstandes; Zerstören der Arrestsubsellien; Zerreißen sämtlicher Kleider; Selbstverwundung und Ablehnung ärztlicher Behandlung; Verlassen des Spazierhofes, Zertrümmern des Kruzifixes und der Schiefertafel in der Zelle; Lärmen und Beschimpfung des Amtsvorstandes; Wegwerfen der Fleischration und Beschimpfen der Aufseher; Schimpfen und Schreien nach einer Vernehmung; Beschimpfen der Majestät, des Landtages und des Amtsvorstandes; Streiten mit Mitgefangenen, eigenmächtiges Verlassen des Hofes und Zurückkehren in die Zelle (1882, Juli); Werfen mit Steinen auf den Aufseher (Oktober); Zertrümmerung von Zelleninventar (Oktober); Beschimpfung eines Aufsehers; eigenmächtiges Verlassen des Hofes und vollständiges Zertrümmern des Zelleninventars (November); Schimpfen im Arreste, Zerstörung der Arrestgeräte (November); Werfen mit dem Abortdeckel gegen den Aufseher; Schreien, Lärmen und unbändiges Benehmen im Arreste (Dezember); Beschimpfen des Vorstandes und Widerstand (Januar 1883); tödliche Mißhandlung eines Gefangenen, der ihm im Arreste Dienste tat (23. Januar 1883); Schimpfen und Drohen im Arreste (Februar); Schimpfen im Arrest und Zertrümmern von Gegenständen (Februar); Zertrümmern des Fensters und Wassergefäßes (Mai).

Im Jahre 1884 ist notiert: Beschimpfung des Aufsehers gelegentlich der Zellenvisitation; Nichteinhalten der Ordnung und Stoßen eines Mitgefangenen.

Das Jahr 1886 bucht 6 Fälle; darunter neben 4 geringeren Verfehlungen auch Streiten und Unverträglichkeit, sowie Räsonnieren und Streiten in der Abteilung.

Das Jahr 1887 weist aus: „weil er, nachdem er erst am 10. Januar zu seiner großen Freude in die 5. Abteilung versetzt worden war, erklärte, es dort nicht aushalten zu können, den Saal verließ und in die Zelle verlangte"; spitzes Zuschleifen der Zahnbürste; gewaltsames Umgehen des Dienstweges, um die Rückversetzung in die Zelle durchzudrücken; Ablehnung der Kost, sofortiges Wiederverlangen derselben; heftiges Schellen in der Zelle, Zerbrechen des Thermometers; „in Berücksichtigung, daß er nach ärztlichem Gutachten in krankhafter Erregung handelte, bloß zum Schadenersatz verurteilt."

Ferner 1888: Außerterminliche Meldung zum Amtsvorstand, (in Berücksichtigung krankhafter Erregung milde beurteilt); Drohen gegen den Aufseher und Demolieren von Zelleninventar (ebenso in Berücksichtigung des Erregungszustandes leicht geahndet); launenhaftes Verlangen in die frühere Abteilung, Bedrohen des Arrestaufsehers mit einem Pfriemen; Drohen mit Mord am Direktor.

1889 erfolgten 3 Disziplinierungen wegen aufreizender Reden und Drohens mit erhobener Hand; Beschimpfen und Bedrohen des Hausgeistlichen; Nachäffen des Ganges eines Aufsehers.

Das Jahr 1890 ist ohne Straf-Eintrag; das Jahr 1891 dagegen wiederum mit 3 Eintragungen vertreten, darunter Arbeitsverweigerung und Vorwurf der Gehässigkeit gegen einen Aufseher.

1892 hören wir: „Weil er drohte, wenn er von den Schergen nicht Ruhe bekomme, müsse er es noch machen wie der Sch.; in Rücksicht des Umstandes, daß er in letzter Zeit wieder in krankhafter Weise von der Anschauung gequält wurde, alles gehe darauf aus, ihn zu verfolgen: 3 Tage Dunkelarrest ohne Mittagessen.

1893 unter 4 Strafen folgende: Weil er im Zellenhofe einem Mitgefangenen, von dem er sich verspottet fühlte, zurief, er fürchte sich nicht: Verweis.

1894 unter 6 Strafen folgende: „Weil er bei einer Rauferei zwischen zwei anderen über einen Aeußerungen machte und dann in der unbegründeten Angst, diese würden ihn aus dem Saale hinauswerfen, diesen verließ und in Einzelhaft verlangte."

1895 vermerkt 4 Strafen, darunter eine wegen Drohung mit Waffengebrauch; 1896 sehen wir den Gefangenen 3mal in die Zelle oder in den Arrest verlangen, und noch 3 weitere Verfehlungen begehen.

1897 findet sich: „Weil er Mitgefangene fortwährend durch herrisches, launenhaftes Wesen belästigt, Drohungen gegen sie ausstößt, den Amtsvorstand

unter achtungswidriger Bezeichnung desselben mit meuchlerischem Ueberfall bedroht, Brandlegung in Aussicht stellt, in Erwägung, daß ihm dies zuzutrauen ist: 5 Tage Dunkelarrest etc.; ferner, weil er sich vom Aufseher fixiert glaubte, diesen anrief und bedrohte; im ganzen 4 Bestrafungen.

1898 wurde B. ebenfalls 4mal zur Rechenschaft gezogen: Widerstand gegen einen Aufseher und Verletzung desselben mit einem Stein; Bedrohung des Arztes etc.

Das Jahr 1899 bringt Beschimpfungen und Bedrohungen eines Gefangenen, der ihn führte; Verlangen in den Arrest; Schimpfen im Arrest.

Das Jahr 1900 enthält folgende Strafbeschlußbegründung: Weil er fortgesetzt von seinen Verbrechen erzählte, von der schlechten Vergangenheit seiner Mutter und Schwester, ferner wegen Bedrohung seiner Mitgefangenen, wobei er mit einem Scheit Holze im Saale auf und ab lief; ferner wegen Beschimpfung und Widersetzung bei Abführung in den Arrest; wegen Prahlens mit seinen Straftaten und Bedrohung des Aufsehers.

1901 findet sich der Vermerk: Wegen drohender Aeußerungen in der Absicht, nochmals vor Gericht zu kommen, neben zwei anderen Vergehen gegen Ordnung und Disziplin.

Von da ab wird es „still“ bei B. —

Diese lange Liste eines fortgesetzt schwer ausschreitenden Benehmens ist durch folgende Erläuterungen zu ergänzen:

1. Am 27. Januar 1883 ermordete B. im Arreste des Zuchthauses München einen Mitgefangenen, der mit Aufräumung seiner Zelle beauftragt war, indem er ihm mit einem vom Fenster gelösten Eisenblech einen Stich in die Wirbelsäule und das Rückenmark versetzte. Er wurde deshalb am 4. April 1884 zum Tode verurteilt, sodann zu lebenslangem Zuchthaus begnadigt.

2. Wegen seiner vielfachen Majestätsbeleidigungen erhielt B. außer den ihm zudiktierten Hau strafen noch folgende gerichtliche Zusatz-Gefängnisstrafen: 1879: 6 Monate, 1880: 8 Monate, 1881: 1 Jahr, 1882: 3 Jahre unter Einrechnung der vorigen, 1882: 1 Jahr und 1882: 6 Monate.

3. Ende der 90er Jahre erfuhr das Geschick des Gefangenen eine herbe Verschlimmerung, insofern als er um diese Zeit auf beiden Augen an Opticusatrophie erblindete. Er wurde dadurch völlig von der Hilfe seiner Umgebung abhängig und ständiger Wart und Pflege bedürftig. In psychischer Hinsicht führt dieses Mißgeschick zu einer noch weiteren Steigerung seines Mißtrauens.

Einer psychiatrischen Würdigung dieses ganzen Lebensbildes begegnen wir außer in den zeitweiligen Andeutungen gelegentlich der Strafbeschlußbegründungen der Jahre 1887, 1888 und 1892 zum ersten Male im Jahre 1883, wo B. wegen seiner letzten Mordtat in Untersuchung stand und von Psychiatern begutachtet wurde. Aus diesen Gutachten entnehme ich das Nachstehende:

Dr. Gudden: B. ist Halluzinant und leidet an Verfolgungswahn; er ist höchstwahrscheinlich unheilbar.

Dr. Laval: B. war zur Zeit der Tat mit einer abnormen Gemütserregbarkeit behaftet, die ihm eine ruhige und besonnene Verstandestätigkeit — kalte Ueberlegung — zur Fassung des Vorsatzes, den W. auf den Tod zu verletzen, nicht ermöglicht hat.

Im Jahre 1884 lesen wir unterm 14. Februar folgendes hausärztliches Gutachten:

„B. simuliert nicht, sondern leidet an Verfolgungswahn und Halluzinationen; darum kann ich ihn nicht verantwortlich erklären für seine im Stadium der Aufregung begangenen Handlungen. Die Erkrankung verläuft vorderhand in Intervallen: Aufregungsstadien wechseln mit Ruhepausen. Ohne jegliche Veranlassung kommt B. über seine Umgebung in Aufregung; gegen die Aufseher, sowie gegen die Gefangenen hegt B. daß größte Mißtrauen, ebenso wie gegen die Leute seines früheren Aufenthalts. Das Stadium der Aufregung zeigt sich jetzt nur in Ausbrüchen von Schimpfen und Anklagen, zu Gewalttätigkeiten schritt B. nicht mehr. Ich glaube, daß letzteres darum nicht mehr vorkam, weil B. durch langen Arrestaufenthalt und die lange Todesfurcht körperlich zu schwach ist; es ist jedoch sehr wahrscheinlich, daß er, sobald er sich gekräftigt, auch durch Gewalttaten seiner inneren Beklemmung, die durch die Halluzinationen hervorgerufen wird, einen Ausweg zu schaffen suchen wird, und so der Umgebung,

möglicherweise der ganzen Anstalt, großen Schaden zufügen kann. Darum erachte ich für zweckmäßig, den Gefangenen B. in eine Irrenanstalt zu verbringen."

Ein weiteres Gutachten vom 8. März 1894 besagt:

„Der Charakter seiner Klagen über Kost, Drohreden und Spöttereien läßt dieselben als Erscheinungen von Geschmackshalluzination und Illusion des Gehörsinns erkennen." Es wird eine humane, individualisierende Behandlung nahegelegt, die Notwendigkeit der Ueberstellung in eine Irrenanstalt aber zur Zeit verneint.

Der Gefangene blieb Insasse des Zuchthauses München und kam nach dessen Auflassung am 30. Juli 1901 in das neue Zellenzuchthaus Straubing.

1903 im Mai bittet B. im Hinblick auf seine seit 4 Jahren bestehende Erblindung in ein anderes Haus überführt zu werden, wo er nicht in der Zelle sein müsse, und sein Verkehr sich nicht allein auf die Hofstunde beschränke. Auch seien die alten Mitgefangenen sehr gehässig. Eine neue Umgebung ließe ihn sein Los leichter tragen, um so mehr, als er sich guter Führung befleißige.

Er zog das Gesuch zurück, um es 1904 zu wiederholen, wobei er betonte, daß er ständig einen Führer brauche, und daß die engen Gänge des Zellenzuchthauses ihm schwer fielen. In der Einzelhaft befielen ihn auch trübe Gedanken über seine hilflose Lage, Sehnsucht nach Freiheit. Auf der Invalidenabteilung seien die alten Feinde aus München. Er bitte um Versetzung in eine Anstalt mit gemeinsamer Haft.

Im Mai 1908 erneuerte B. sein abgelehntes Gesuch und verlangte spezialistische Untersuchung, „damit der Verdacht beseitigt wird, als ob ich nicht völlig blind sei."

Am 4. Oktober 1909 kam B. nach Kaisheim.

Das gelegentlich der Ueberstellung mitgegebene hausärztliche Gutachten besagt, daß B. in Straubing jedwede Milderung seiner Lage erfuhr, daß er aber, wenn auch seine Führung sich erheblich gebessert habe, dennoch immer ein heimtückischer, streitsüchtiger Geselle, ein Aufwiegler und Denunziant geblieben sei, der mit niemand auf die Dauer auskomme und blos durch seine Blindheit an der Verübung von Greueltaten behindert werde.

Bei der Aufnahme-Untersuchung in Kaisheim durch mich sowie in den folgenden Jahren konnte an B. konstatiert werden:

Ehedem kräftig, jetzt dekrepid, senil; welke Haut; Anämie; Doppelseitige Leistenhernie; Verkalkung des Gefäßsystems, Emphysem. — Die rechte Pupille ist weiß und weiter als die linke. Rechtes Auge starblind; im linken Spiegelbild weiße Fläche im Augenhintergrund. Lues wird negiert.

Liest Blindenschrift, ist redselig, weitschweifig, örtlich und zeitlich völlig klar; keine Wahnideen, keine Sinnestäuschungen, keine Anzeichen gemütlicher Bewegung bei der drastischen Schilderung seines Lebens. Erzählt alles wie von einer dritten, ihn nicht näher berührenden Person. Gegen die Umgebung zeitweise von großem Mißtrauen erfüllt; auch streitsüchtig. Empfindet abwechselnd das Bedürfnis nach Einzelhaft und Saalgemeinschaft. Arbeitet in Intervallen freiwillig (Bandweben). Bei großem Entgegenkommen in der Anstalt ist dem psychisch immer noch sehr labilen Gefangenen die hausordnungsgemäße Führung leicht.

Soweit die Lebens- und Krankheitsgeschichte dieses nunmehr an der Grenze des Greisenalters stehenden, seit Mitte 1872 in ununterbrochener Einsperrung befindlichen Mannes. —

Epikrise: Von trunksüchtigem Vater und einer Mutter mit schlimmer Vergangenheit abstammend, in ärmlichem Milieu erzogen, durch einen psychopathischen Onkel von früh auf mit ungesunden Ideen genährt, entgleist der Junge schon vom 12. Jahre ab. Es macht sich bei ihm ein Trieb nach Vagieren und Wandern bemerklich. Aus der Erziehungsanstalt entweicht er, nachdem er schon vorher aus dem Waisenhaus hatte entfernt werden müssen.

Auf der Wanderschaft erfolgt 4mal Abstrafung wegen Bettelns und Landstreicherei. In der Staatserziehungsanstalt Niederschönenfeld zeigt er eine exorbitant schlechte Führung; wird mit schlimmer Prognose entlassen, wandert ungebessert aufs neue, kommt schließlich ins Arbeitshaus, und von hier aus nie mehr in die Freiheit. Seine Führung ist unentwegt schlecht; er ist gewalt-

tätig, explosiv, gefährlich. Begeht 1873 „aus Rache“ einen Mordversuch an einem Mitgefangenen, 1876 zwei tätliche Angriffe auf Aufseher, ebenfalls „aus Rache“, 1883 einen Mord an einem Mitgefangenen, diesmal zweifellos im geisteskranken Zustand handelnd. Das Haftleben scheint ihn von Anbeginn an zu heftigsten psychischen Reaktionen und Explosionen veranlaßt zu haben, wie die Unzahl und Art der über ihn verhängten Strafen, beginnend schon in der frühen Verwahrung in der Staatserziehungsanstalt, dartut. Allmählich, schon ums Jahr 1880 herum, nahmen die Ausschreitungen an Zahl und Intensität so zu, daß ihr krankhafter Charakter immer deutlicher wird. Wesentlich erscheint dabei die Tatsache, daß B. sich um diese Zeit fast ununterbrochen in Einzelhaft oder, ebenso vereinsamt, im Arreste befand. Nachdem wir ihn in dieser Weise reichlich anderthalb Jahrzehnte, ausgefüllt mit erregtesten Szenen, verleben sehen, erblindet der Mann infolge Sehnervenschwundes auf beiden Augen. Gleichzeitig nimmt die aktive Rolle allmählich ab und klingt in die bei vielen Lebenslangen sich in späten Stadien zeigende Ruhe aus.

Bei der Deutung dieses Bildes ist vor allem der grundlegenden, von vornherein gegebenen psychischen Eigenschaften zu gedenken. Vieles, die frühe Wanderschaftsleidenschaft, die Brandstiftungsneigung, die außerordentliche Impulsivität und Gefährlichkeit lassen ohne Zweifel an Epilepsie denken.

Dem ist mit Grund entgegenzuhalten, daß sich bei B. nie ein eigentlicher Anfall, nie ein Dämmerzustand nachweisen läßt, daß nie von retrograder Amnesie oder Kopfweh, Müdigkeit, Pupillensymptomen oder ähnlichen, einer epileptischen Attacke folgenden Erscheinungen die Rede war. Erscheinungen, die als Vorboten eines epileptischen Ausbruches gedeutet werden müßten, sind ebenso nicht ersichtlich, wie Aura, oder gemütliche Verstimmung.

Anderseits äußert sich bei B. doch ein Zustand von paroxysmaler Beschaffenheit, es treten unvermittelt, auf geringste äußere Reize hin, die heftigsten Reaktionen auf. Die Erfahrung an Zuchthausgefangenen lehrt, daß dies sehr häufig auch bei nicht epileptischen, aber schwer degenerierten „asthenischen“ Individuen vorkommt.

Nimmt man, was ich für zutreffend erachten möchte, bei B. eine derartig degenerierte Konstitution des Zentralnervensystems an, so findet der Ausbruch der späteren Psychose auf dem Boden dieser Entartung vollkommene Erklärung. Die Psychose wird von ihren Beobachtern nach den gegebenen Symptomen als Verfolgungswahn auf Grund von Gehörstäuschungen bezeichnet. Ein Gutachter konstatiert auch Geschmackshalluzinationen. Die Erkrankung verlaufe in Intervallen: Aufregung wechsle mit Ruhepausen. Die Bedürftigkeit der Aufnahme in eine Irrenanstalt wird das eine Mal bejaht, das andere Mal verneint.

Geht man die Strafbogen durch, so ergibt sich, daß vom Jahre 1881 ab etwa, während der Gefangene sich in Einzelhaft befand, eine Zunahme der Zahl und Schwere der disziplinären Vergehen stattfand: 1881 14, 1882 19, 1883 5, darunter der Mord, dem um die Jahreswende eine besondere Anhäufung von Ausschreitungen unmittelbar voraufging. Man geht nicht fehl, in diese Periode den eigentlichen Ausbruch der Psychose zu verlegen, die mit den unverkennbaren Färbungen und spezifischen Eigenheiten einer Haftpsychose einherging.

Daß es sich um eine manische Erregung im Sinne des manisch-depressiven Irreseins handelte, ist bei der explosionsartigen Plötzlichkeit des Auftretens und Verschwindens der einzelnen Erregungsphasen in Zweifel zu ziehen. Auch sind die halluzinatorischen Erscheinungen relativ gering, die Wahnvorstellungen wenig ausgeprägt, jedenfalls wenig wechselnd und nicht produktiv, es begegnet uns keine Andeutung des typischen maniakalisch-gehobenen Wesens.

Gegen Dementia praecox spricht der Verlauf, der Mangel einer „Auflösung der psychischen Persönlichkeit“.

Querulantenwahn kommt bei dem Fehlen eines echten Wahnsystems, dem Fehlen anderer, zielförderlicher Maßnahmen zur Aenderung der Lage, auch nicht in Betracht. Es findet sich keine Bitte, kein Gesuch, keine Beschwerde über die Behandlung bei den Akten.

Eine Psychose auf epileptischer bezw. hysterischer Grundlage entbehrt des Nachweises der entsprechenden epileptischen Anfälle bezw. der hysterischen Stigmata.

Die Annahme eines meta-luetischen Prozesses — Dementia paralytica — könnte durch die Tatsache der durch Opticusatrophie bedingten Erblindung eine Stütze finden, wird aber auch hinfällig, sobald man den Mangel anderer beweisender Symptome, namentlich am motorischen Apparat — der Gefangene geht noch heute intakt und hat auslösbare Reflexe — in Rechnung zieht. Die Erblindung vermag auch durch die bei dem Kranken gegebene skleretische Veränderung des Gefäßsystems — Ernährungsstörungen im Gehirn — erklärt zu werden.

Es ist daher bei B. nach meiner Annahme eine rein psychogene Geistesstörung gegeben gewesen als Reaktion eines von Haus aus schwer entarteten Gehirns auf die unerträgliche, ständig provozierende Situation des Haftlebens.

Fall 7: J. W., lediger Maurer aus Oesterreich, vom Lande stammend, geboren 8. Mai 1856, als eheliches und einziges Kind von Maurersleuten in ärmlichen Verhältnissen. Psychisch ist nichts Belastendes bekannt. W. hat die Schule mit ganz ungenügendem Erfolg besucht, darunter auch 4 Jahre lang ohne Fortschritte die Zuchthausschule in Kaisheim. Er wurde im Jahre 1877, mithin mit 21 Jahren, in Oesterreich zu 3 ½ Jahren schweren Kerkers verurteilt, weil er am hellen Tage auf offener Straße drei Notzuchtsverbrechen begangen hatte. 1880 hatte er diese Strafe verbüßt. — Die Heimatbehörde qualifiziert ihn 1877 folgendermaßen: „Körperlich gesund, scheint er großen Hang zu sinnlichen Genüssen zu haben und scheut keine Gewalt zu deren Befriedigung. Seine geistigen Anlagen sind seiner gewöhnlichen Bildung entsprechend; er bemüht sich, als dumm und einfältig zu gelten. Hat zu Hause beim Vater gearbeitet.“

Am Sonntag, den 10. April 1881 nachmittags notzüchtigte W. in einem Walde nahe bei Lindau eine von ihm abgepaßte 18jährige Oekonomenstochter, beraubte sie ihres Geldes und ermordete sie sodann durch Stiche in den Hals. Unmittelbar nach der Tat sagte er zu 2 ihm begegnenden Mädchen, er habe ein totes Mädchen gefunden. Auch in den nächsten Tagen machte er wiederholt Bemerkungen über das Ereignis. Nach der Tat wusch er sich die Hände in einem Graben, ebenso das Messer. Er erinnerte sich dieser Details genauestens bei seiner Vernehmung. Den Verdacht der Täterschaft suchte er zunächst dadurch von sich abzulenken, daß er, noch in Freiheit befindlich, etliche Tage später nachts in der Nähe des elterlichen Hauses der Getöteten ein großes Geschrei erhob und in mangelhafter Bekleidung den Eindruck erwecken wollte, als sei er von dem noch in der Umgebung befindlichen Mörder angefallen worden. Verhaftet, gestand er die Tat voll ein.

Zum Tode verurteilt und zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe begnadigt, befindet sich W. seit 11. Januar 1882, mithin 31 ½ Jahre, in Kaisheim.

Der seinerzeitige Aufnahmebefund vermerkt lediglich Skrophulose, Drüsenschwellungen. Auffallendes von dem Gefangenen erfahren wir erst im Oktober 1891: Als Hilfskrankenwärter im Spitale beschäftigt, legte er unter Aeußerung großer Aufregung Brand, im November zertrümmerte er das Inventar des Zimmers. Die aus diesem Anlasse erfolgte ärztliche Begutachtung des Geisteszustandes bietet folgenden Einblick in das bisherige Schicksal des Gefangenen:

„Skrophulös, nicht belastet, von kindlichen Erkrankungen und Epilepsie nichts bekannt. Mußte schon 3 Monate nach der Einlieferung aus der Einzelhaft genommen werden. 1882 hatte er Wechselfieber und tuberkulöse Kniegelenksentzündung, 1883 Mandelgeschwür. 1890 litt er an Influenza mit anschließender starker Nierenaffektion. Er erholte sich von dieser schweren Erkrankung nur langsam, verfiel ab und zu in einen schlafsüchtigen Zustand, der einmal 14 Tage lang dauerte.

Im Mai 1890 — 4 Monate nach der Nierenaffektion — zeigte sich eine geistige Schwäche: Abnahme des Gedächtnisses, des Urteils, leichte Reizbarkeit des Gemüts. In erster Linie wird die sensitive Seite seines Seelenlebens berührt. Er verliert das Interesse für das, was ihn früher bewegte, wird neuen Eindrücken gegenüber apathisch. Die Unterhaltungen und Gespräche seiner Mitgefangenen lassen ihn teilnahmslos. Daneben treten fast gleichzeitig Störungen

im Kombinieren der Vorstellungen, im Denken ein, die Fähigkeit, selbständig zu urteilen, verliert sich. Die eintretende geistige Schwäche bezieht sich auch auf das Wollen, nachdem die Gemütsempfindungen und Denkvorstellungen dezimiert sind. Er sitzt oft Tage und halbe Nächte lang auf der Bank vor seinem Bett, das Gesicht gegen die Wand, fährt beim Befragen nach seinem Befinden ängstlich zusammen, versteckt sich vor fremden Personen, spricht wenig, klagt zeitweilig über Kopfweh oder deutet nur mit der Hand nach der schmerzhaften Stelle. Von Zeit zu Zeit äußert er wirre Gedankenbilder, die sich ziemlich um ein und dasselbe Thema bewegen und ihm Furcht einjagen, indem er glaubt, ermordet oder geköpft zu werden. Das andere Mal phantasierte er von einem Schimmel, den er fahren soll und stürmisch verlangt. Seit Ausbruch dieser Erkrankung machen sich einzelne stärkere Anfälle von Willensaufregung bemerklich, die sich in Zeiträumen von 2—3 Monaten wiederholen und 3—5 Tage anhalten. Der erste dieser Anfälle fand am 30. September 1890 statt.

In diesem Stadium wird W. äußerst exzessiv, schlägt alles zusammen, was ihm zur Hand kommt, beißt und tobt, so daß er abgesondert werden muß. Sehr charakteristisch ist der Schluß des Anfalles, nämlich der tagelange Schlaf bei enorm erweiterten Pupillen und starker Temperatursteigerung.

Allmählich wurden die Anfälle seltener, obschon sie nichts an Heftigkeit einbüßten. In der Zwischenzeit nahmen die Symptome physischer Schwäche zu. So empfindet W. zum Beispiel die beim letzten Brand erhaltenen Brandwunden fast gar nicht. Die Sprache wird größtenteils vergessen, teilweise werden andere, nicht sprachgebräuchliche Worte automatisch wiederholt.

Das Leiden besteht in einer Herderkrankung des Großhirns mit epileptoiden Anfällen. Der gegenwärtige Zustand manifestiert sich als Blödsinn, unterbrochen von vorgenannten Exaltationen."

Nach diesen beiden großen Anfällen im Oktober 1891 bezw. November — Brandlegung und Inventarzerstörung — traten bis Mai 1892 etwa zehn minderschwere Anfälle auf mit leichten Konvulsionen der oberen Extremitäten, Willensaufregung und nachfolgender ausgeprägter Ermattung. Im allgemeinen war die geistige Schwäche in Zunahme begriffen.

W. verblieb im Spital, wurde hier nach Möglichkeit nützlich verwendet, und kam in eine mehrjährige Periode relativer Ruhe.

Im September 1895 zündete er im Aborte des Krankensaales seine ausgezogenen Kleider an, so daß auch das Hemd anbrannte, das er als letztes und einziges Stück am Leibe behalten hatte. Im Oktober begann er, vorübergehend, Kot zu essen. Das im Anschlusse an dieses Vorkommnis erstattete Gutachten des Hausarztes knüpft an die früheren epileptischen Anfälle an. Die Beobachtung ließ im einzelnen ersehen:

15. September 1895: Geht ruhig in der Zelle auf und ab, schaut niemand an, gibt keine Antwort. Nach eindringlichem Befragen und langem Besinnen gibt er die Vornamen seiner Eltern an. Pupillen sehr weit, reagieren träge. Schlaf unregelmäßig, Appetit schlecht. Gibt höchstens durch Kopfnicken Antwort und zeigt kein Verständnis für die letzten Vorkommnisse.

20. September: Gleiches Verhalten. Nachmittags Aufregung, läuft hin und her und stößt unartikulierte Laute aus.

21.—23. September: Nickt bloß mit dem Kopfe, gibt keine Antwort; ist beschäftigt mit Wollezupfen.

1.—5. Oktober: Steht beim Besuch des Arztes auf, schaut blöde, nickt, faltet die Hände, schaut sofort wieder zu Boden, gibt keine Antwort.

7. Oktober: Unruhig, rennt hin und her, meint, daß es ihm wieder schlechter gehe. Maximale Pupillenerweiterung. Reißt an der Heizanlage herum.

10.—12. Oktober: Wieder ruhig.

Die Diagnose lautet: epileptische Geistesstörung mit Ausgang in Verblödung.

Seit diesem Zeitpunkt finden sich in der Akte des Gefangenen und in den Aufzeichnungen der Spitalabteilung keine Vermerke mehr über das weitere geistige Geschick. Er begann wieder zu arbeiten, anfänglich auf einer Arbeitsabteilung, später (seit 6 Jahren) als Küchenwärter im Spital.

Er ist körperlich rüstig, psychisch ruhig, manchmal jedoch leicht gereizt, wunschlos, örtlich und zeitlich orientiert, fleißiger Arbeiter, gibt freundlich

Antwort und Auskunft, braucht jedoch merklich lange, bis er alles richtig versteht und erfaßt, was man von ihm will. Der Blick ist leer, verloren, blöde. Legt man beim Sprechen wie zufällig die Hand an die Stirne, so ahmt dies der Gefangene in der Regel nach.

In dieser Weise repräsentiert W. heute ein Stadium stark herabgesetzten geistigen Gesamtwertes.

Als Anlaß zum Ausbruch der Psychose ist die im Jahre 1890 durchgemachte Influenza und Nierenerkrankung zu betrachten, durch die W. äußerst herabkam. Die Geistesstörung selbst darf bei dem Uebergewicht, das in der Bewertung der Symptome die genau geschilderten „Anfälle“ mit konsekutiver Schlafsucht beanspruchen müssen, wohl unbedenklich als epileptische angesprochen werden.

Eine Stütze erfährt diese Annahme auch noch durch die triebartige Unwiderstehlichkeit, mit der nach Aussagen von Zeugen W. seinerzeit das von ihm ermordete Mädchen mißbraucht hatte. W. habe nach der Tat gestanden, er habe „den unwiderstehlichen Zwang in sich gehabt, das Mädchen um jeden Preis zu gebrauchen“. Auch die vorangängigen Straftaten — 3 Notzuchtsverbrechen — sind für Epilepsie pathognomonisch.

Differentialdiagnostisch käme wohl nur die katatonische Form der Dementia praecox in Betracht.

Fall 8: J. H., lediger Spänglergeselle, vom Lande stammend, außerehelicher Sohn einer Wirtstochter, militärgedient, frühkriminell, geboren am 24. April 1861, seit 29. März 1884, mithin 29 Jahre, wegen Mordes in Kaisheim, hat folgende Geschichte:

Die Mutter war nervös, geistig nicht normal. Persönlich gute Volksschulbildung; hat die Spänglerei erlernt und ausgeübt, diente bei berittener Waffe, wurde bei Militär 3 mal wegen Unterschlagung und Desertion bestraft, vorher schon im Alter von 16 Jahren wegen Körperverletzung mit 1½ Monaten Gefängnis. In der Freiheit Potator gewesen, nicht luetisch.

H. und ein zweiter Gefangener haben gemeinsam auf dem Transporte den transportierenden Gendarmen ermordet, indem sie ihn je mit der freien Hand umschlangen, zu Boden warfen, des Seitengewehrs beraubten und durch 21 Stiche töteten. Wegen Mordes zum Tode verurteilt und zu lebenslangem Zuchthaus begnadigt, ist H. wegen schwerer Einbrüche, die dem Morde vorausgingen, außerdem noch zu 14 Jahren Zuchthaus verurteilt. — Häusliche Führung mit Ausnahme einiger Ausschreitungen zu Beginn der Strafzeit gut.

Bereits von Mitte 1890 finden wir den Gefangenen auf einer Arbeitsabteilung beschäftigt, der Leute zugewiesen wurden, die sich körperlich oder geistig zu Beschäftigung mit Werkzeugen nicht eigneten. Aus Aufzeichnungen geht hervor, daß sich bei H. ein Nervenleiden entwickelte, das ihn zwang, mühsam mit Krücken zu gehen. Es wurde ihm ständig Morphium gereicht. Ein Nervenstatus oder eine Diagnose findet sich dabei nirgends niedergelegt. Das Personal der Anstalt ergänzt diese leider dürftigen Anhaltspunkte dahin, daß H. einesteils als Simulant, anderseits auch als „sonderbarer Kauz“ betrachtet wurde. Dieses Bild verschärfte sich nach jahrelangem Bestehen etwa um das Jahr 1904 in folgender Weise:

H., der sich mit den zumeist schwer psychopathischen Abteilungsgenossen schlecht vertrug, isolierte sich zusehends und bat zeitweise um Versetzung in Einzelhaft. Oeffnete man die Zelltür, so fand man ihn, den Rosenkranz in den gefalteten Händen, das Rosenkranzgebet vor sich herleiernd, stehend oder halbkniend vor. Er reagierte erst auf mehrfache Anrede, schien über die Störung ungehalten, und gab jedesmal die gleiche Antwort: Das Beten sei ihm vom Direktor auferlegt, da er sonst nicht hinauskomme. Er betete so oft den ganzen Tag, bezeichnete diese Uebungen als Prüfung und Voraussetzung für ein erfolgreiches Begnadigungsgesuch und hatte für gegenteilige Bemerkungen ein mattes Lächeln. Die Stimmung war meist indifferent, wies aber zuweilen auch Unterschiede vom sprudelnden Humor und Sarkasmus bis zur tiefsten Traurigkeit und Weinerlicheit auf. Die Nahrungsaufnahme war gut, doch kamen Tage völliger Abstinenz ohne Grundangabe inzwischenhinein vor. War H. seiner Gebetsübung überdrüssig, so bat er um Rückversetzung zu den Saalgenossen, denen gegenüber er aber ein stets mürrisches, abweisendes gesellschaftliches Verhalten zeigte.

Das fragliche „Nervenleiden“ bestand mit angeblich erheblichen Schmerzen fort. Der Gefangene vereinsamte immer mehr.

Im Jahre 1907 war H. wieder in freiwilliger Einzelhaft, und hörte hier plötzlich Stimmen aus dem Kamin. Er beklagte sich unter Tränen über die Verleumdungen der im Kamin sitzenden Mitgefangenen, die ihn im Gebete störten, hänselten und so der Wiedererlangung der Freiheit im Wege stünden.

H. kam ins Spital, wo er über 2 Jahre verblieb. Er machte in dieser Zeit 1908 den Versuch, seine Begnadigung zu erzielen, wurde aber abgewiesen. Bei dieser Gelegenheit erfolgte eine Begutachtung seines Zustandes.

Er war als körperlich und geistig durch Morphiumgebrauch schwer degeneriert, fremder Wartung und Pflege bedürftig zu erachten; in psychischer Hinsicht fanden sich Züge von Hysterie, Egoismus und gemütlicher Indifferentismus. Die intellektuelle Seite konnte als nicht gestört gelten.

Der Nervenstatus ergab Steigerung der Reflexe, Myosis, prompte Reaktion der Pupillen, Abnahme der Sensibilität nahezu aller Qualitäten, Unfähigkeit, ohne Krücken zu stehen und zu gehen, Erloschensein des Würgreflexes. In der Kreuzbeingegend wurden heftigste, reißende Schmerzen angegeben, die nach unten zu ausstrahlten. Beklopfen der unteren Wirbelsäule ließ den Gefangenen schmerhaft zusammenfahren. Die herabhängenden Beine färbten sich in kurzem blaurot und fühlten sich kalt an. Außerdem bestanden hartnäckige Diarrhöen.

Im Spitale wurden noch zeitweilig die alten Verfolgungsideen geäußert, die sich an die Akoasmen vom Kamine anschlossen.

Stimmung, gesellschaftliches Verhalten im Krankensaale blieben gleich indifferent, sogar höchst ablehnend. Sprach zeitweise nur flüsternd, reagierte aber auf Annäherungsversuche in lautester, gröbster Weise. Die Pfleger überschüttete er mit Hohn, daß sie ihm kein Morphium gäben. Ein Versuch mit Antipyrinlösung an Stelle des Morphiums war seitens des Kranken von der lebhaftesten Reaktion begleitet. Die Ablehnung des Gnadengesuchs nahm er mit sarkastischem Lächeln hin: Das habe er nicht anders erwartet. Er lag ständig zu Bett, betete weiter, bis im März 1909 ein lebenslänglicher anderer Sträfling begnadigt wurde.

Auf diese Kunde hin stand H. auf., ging mir eines Tages frei, ohne Krücken, aber noch unsicher und schwankend, entgegen, erklärte, seine Aussichten seien jetzt recht gute, er „mache“ zu den 25 Jahren noch fünf, dann komme er auch hinaus. Er wolle sofort an eine tüchtige Arbeit.

Nachdem sich H. in der Tat weiterhin erheblich gebessert hatte, wurde er zu leichter Beschäftigung entlassen, ging ohne Krücken, forderte kein Morphium mehr, kam nicht mehr zum Arzt.

Nach einigen Monaten verlangte er jedoch abermals in Einzelhaft, erklärte, er habe jetzt auch auf das „Hinauskommen“ verzichtet, wolle nichts mehr, bitte bloß um Brotzulage, da er „kolossalen“ Appetit habe. Schien heiter und fürchtete nur, daß er wieder wegen seiner Beine „liegerhaft“ würde. Nach einigen weiteren Wochen trat aufs Neue der frühere Erregungszustand mit den alten Gehörstäuschungen auf. Im Spitale erfolgte baldige Besserung.

H. kam nicht mehr in Einzelhaft, sondern in den Gemeinschaftssaal der Schneider. Hier erfuhr die geistige Störung im Laufe der Jahre einen weiteren, charakteristischen Fortgang.

Gesellschaftlich scheint der wieder in ausgezeichneter körperlicher Rüstigkeit befindliche Gefangene mehr zugänglich geworden zu sein. Dagegen hat sich bei ihm in Fortentwickelung der ursprünglichen Gehörstäuschungen ein ganzes System schwachsinniger Gehörs- und Berührungshallutinaonen sowie ein Unschuldswahn ausgebildet, von deren Bestehen insbesondere der einsetzende Brief- und Beschwerdewechsel des Gefangenen ein Bild gibt. So schreibt er an den Anstaltsdirektor:

„Melde gehorsamst, daß mir die Gefangenen, die mit dem Gedankenabort beschäftigt sind p. p., derart Martern zu teil werden lassen, daß ich wirklich nicht anders mehr tun kann, als mich an irgendeine Gerichtsbehörde um Schutz und Hilfe zu wenden. Derjenige am Abort, den ich Laibelschmid nenne, macht mir den Vorhalt, ich müsse mich zu der Tat bekennen, die R. (sein Komplize) begangen hat, und so lange ich das nicht tue, werde ich gemartert, der Herr Direktor hätten es so befohlen. Ich will nicht jetzt, nachdem ich 3 Jahrzehnte für die Tat gebüßt, mich von einem Gefangenen,

wie Laibelschmid, zu Tode martern lassen oder so in Verzweiflung treiben lassen, daß ich irgendein rasches Zylinderprodukt begehe und mir mein ohnedies nicht beneidenswertes Los noch schlimmer gestalte. Ich will mir nicht in meinen alten Tagen den Schlaf rauben lassen, mit meinem Leib die größten unsittlichen Handlungen vornehmen lassen, und hauptsächlich in der Kirche, Schule und Schlafzeit meine Ruhe haben. Man soll die zwecklosen Manipulationen mit den Aborten aufhören lassen."

Dieses Schriftstück ist der Uebergang zu einer neuen Gruppe von Wahnvorstellungen und körperlichen Beeinträchtigungsideen.

Ans Justizministerium schreibt der Kranke beschwerdeführend im Dezember 1911:

„Seit längerer Zeit werde ich von den an den Mikrophon-Einrichtungen aufgestellten 3 Gefangenen mißhandelt, daß ich mich gezwungen sehe, mich um Schutz an das Ministerium zu wenden, um den Unfug mit den elektrischen Strömen in unsittlicher Anwendung einstellen zu lassen. Anstatt, daß man mir meine Nachtruhe läßt, behandelt man mich mit den elektrischen Strömen derart und meist in so unsittlicher Weise, daß es an Verbrechen grenzt und an Schlafen nicht zu denken ist. Selbst während ich schreibe, benützt man diesen unter aller Beschreibung unsittlich wirkenden Strom, um mich zu veranlassen, von meinen Schilderungen abzulassen. Wenn ich meine Gebete verrichte, fängt man an, mich an einer Stelle in unsittlicher Weise zu belästigen, die man nicht nennen kann, ohne schamrot zu werden; selbst in der Kirche und unter der Wandlung verschont man mich selten. Die Gefangenen am Mikrophon behaupten, das alles sei vom Herrn Direktor angeordnet. Bin 50 Jahre alt und kein Knabe mehr, der an solchen wollüstigen Handlungen Geschmack findet . . . . . . Die Gefangenen sagen, der Herr Hausgeistliche habe befohlen, ich müsse wach gehalten werden. Die Leute provozieren, man zwickt mich auf, man verhöhnt mich, wenn ich mich von einer Seite auf die andere wälze, und wenn ich das häßliche Gefühl, welches der Strom erzeugt, nicht los werden kann. Die Stimmen der Vorgesetzten werden nachgemacht, man sagt mir, ich müsse ein Geständnis machen über die Tat, welche mein Prozeßkamerad begangen, als von mir begangen. Es steht jetzt fest, daß die Tat, wegen welcher man mich einer solchen Tortur unterwirft, überhaupt nicht begangen worden ist, und daß der Gendarm erst später durch meinen Komplizen oder einen anderen erstochen worden ist. Ich und R. waren beide geständig, den Gendarm angepackt, ich ihn gehalten, R. ihm Stiche beigebracht zu haben. Wir glaubten, der Gendarm sei tot. Und doch war der Gendarm nicht tot, ja, nicht einmal lebensgefährlich verletzt. Nach Angabe der Aerzte mußte die Tötung ganz anders erfolgt sein als ich meinte und der Untersuchungsrichter annahm. Weder ich, noch auch R. weiß, wie es eigentlich zugegangen ist. Deshalb sagen mir die am Mikrophon, werde ich gemartert, bis ich ein Geständnis gemacht habe. Stelle deshalb die Bitte um Abstellung dieser Materie durch die Apparate und um wenigstens 7 Stunden Schlafzeit, ferner die mit den Apparaten während des Gottesdienstes und der hl. Wandlung verursachten Störungen mit den elektrischen Strömen am Geschlechtsteil und Unterleib, und um Abstellung aller Fopperei und Aufzwickerei."

Er gibt noch an, er habe durch diese „Qualen" 30 cm an Leibesumfang und $^1/_3$ seines Gewichtes verloren.

Im Februar 1912 stellt er gegen den Anstaltsdirektor, Hausgeistlichen und die erwähnten Gefangenen am Mikrophon Strafantrag wegen Sittlichkeitsverbrechens bezw. Anstiftung hierzu und Begünstigung.

Im September 1912 wendet er sich an einen Rechtsanwalt: Die Tat habe ein gewisser „Leperz" begangen, „den man in der Untersuchung so geschickt laufen ließ".

In einem Schreiben an das heimatliche Bezirksamt verbreitet er sich gelegentlich der Bitte um einen Arbeitsgeber in der wieder angestrebten Freiheit auch in verworrener Weise und unter mystischen Andeutungen über seinen Vater, der reich gewesen sein müsse, und ein anderer als derjenige, den er dafür gehalten habe. Der seinerzeitige Bezirksamtmann habe ihn selber darauf aufmerksam gemacht, und ihn vor seinen Feinden und Verfolgern persönlich

gewarnt, die nach seinem Vermögen strebten. Jetzt sei ihm dies alles ganz klar, früher habe er diese Andeutungen freilich nicht verstanden.

Ein Schreiben vom 13. April 1913 enthält außer dem Vortrag der alten Wahnideen auch die Bitte, auf dem Gnadenwege die lebenslange Strafe aufzuheben und endlich das Todesurteil an ihm zu vollstrecken. —

Der Kranke ist in dieser Weise immer verworrener und schwachsinniger geworden. Körperlich befindet er sich dagegen in ausgezeichneter Situation, arbeitet auch unentwegt auf der Abteilung als Flickschneider.

Durch dieses ganze, von schwachsinnigen und bizarren Wahnbildern ausgefüllte Krankheitsbild zieht sich mit unverkennbarer Deutlichkeit das Symptom der gemütlichen Verödung hindurch.

Der Kranke wurde in den Jahren seit 1904 sichtlich immer zurückgezogener, ablehnender, interesseloser an der Umgebung, und bringt heute seine lebhaften Klagen im Tone völliger Gleichgültigkeit, ohne innerliche Beteiligung, affektlos vor.

Die Krankheit ist eindeutig als Dementia praecox anzusprechen, und zwar als paranoide Form derselben, unter besonderer Ausprägung des Haftkomplexes, sowie des „physikalischen" Verfolgungswahnes. Daneben fehlen Züge schwachsinniger Größe nicht, die sich auf die angeblich reiche Abkunft beziehen. Auch die Umarbeitung der Geschehnisse bei der Tat und der Verhandlungsergebnisse zur Idee der Unschuld ist zu beobachten. Im Beginne ähnelte der Zustand (namentlich körperlich) in vielem einer Hysterie, was als nichts Ungewöhnliches zu erachten ist.

Setzt man den Anfang der Psychose in die Zeit des Jahres 1904, als H. zum ersten Male in der Einzelzelle die akustischen Täuschungen vom Kamin her hatte, so ergibt sich für den eigentlichen Ausbruch ein Lebensalter von bereits mehr als 40 Jahren. Es ist daher die Annahme einer sogen. Späterkrankung gerechtfertigt.

Auf den Beginn auch dieser Psychose in Einzelhaft sei wiederholt hingewiesen.

Fall 9: G. A. M., lediger Kommis aus München, geboren 1861, ehelich von Kaufmannsfamilie, psychisch belastet, in der Jugend offenbar unausgeglichener, unruhiger, leichtsinniger Mensch, der nach Absolvierung der Lehre als Kaufmann abenteuernd in die Welt zog, im Alter von nicht ganz 20 Jahren in fremdem Erdteil auf der Löwenjagd seinen Freund und Reisekameraden erschoß, beraubte und auf ihn Wechsel zog, weiterhin eine Dame unter Anwendung von Gewalt bestahl. Er war nicht vorbestraft und wurde im November 1882 wegen Raubmordes, Diebstahls, Urkundenfälschung und Betrugs zum Tode sowie zu 15 Jahren Zuchthaus verurteilt, sodann zu lebenslangem Zuchthaus begnadigt. Lebt seit 17. März 1883, also über 30 Jahre, in Kaisheim.

Das seinerzeitige Aufnahmegutachten verzeichnet: keilförmige, leicht nach links verschobene Kopfbildung; Andeutung von Spaltbildung des Unterkiefers durch Auseinanderstehen der mittleren Schneidezähne.

Das Schicksal dieses in der ersten Zeit seines Haftlebens sich durch gewagteste Ausbruchsversuche und leidenschaftlichen Freiheitsdrang kennzeichnenden unglücklichen Menschen gestaltete sich folgendermaßen:

Er machte nach Aktenlage im ganzen etwa 14 Jahre Einzelhaft durch. Im Januar 1898, im Alter von 37 Jahren, erkrankte er plötzlich und unvermittelt in der Einzelhaft, indem er erklärte, er komme jetzt sofort in die Freiheit, sein Bruder werde ihn abholen, seine Unschuld sei erwiesen; er packte seine Sachen und Bücher, stellte die Arbeit ein, ging mit fröhlichster Miene in der Zelle auf und ab und äußerte, er werde für die unschuldig erlittene Haft entschädigt werden.

Dem eintretenden Arzte zeigte er in freudiger Erregung das auf dem Tische liegende, reisefertig gepackte Bündel und erklärt mit freudestrahlendem Gesicht: „Sie kommen wohl, um mich auf meine Transportfähigkeit zu untersuchen. Ich reise nämlich nach München, weil jetzt meine Unschuld an den Tag gekommen ist. Mein Bruder kommt selbst und holt mich ab. Der Zeuge, welcher meine Unschuld beweist; ist schon vernommen. Das Gericht hat mich nicht nur freigesprochen, sondern mir auch Entschädigung zugesichert. Ich gehe zu meinen Verwandten und werde in Ehren dastehen wie früher."

Einen kurz vordem erhaltenen Brief, der ihn zu Geduld und Gehorsam mahnte, deutete er im Sinne seiner unmittelbar bevorstehenden Entlassung, sprach von einem Telegramm und Brief seines Bruders.

Die Beobachtung in den vier nächsten Wochen ergab in progressiver Steigerung: Nimmt Kost zu sich, legt sich aber meist nicht in das Bett, sondern auf den Boden, geht viel auf und ab, reibt sich vergnügt die Hände, lacht öfters laut und ist selig über seine „Begnadigung“.

Körperlich zahlreiche nervöse Symptome (Zittern der Zunge und der Muskulatur, träge Pupillenreaktion, unsteter Blick, wechselnde Innervationsstärke des Facialis). Kann schwierige Worte nicht nachsprechen und kann auch nicht mehr pfeifen. Es tritt Facialis-Parase links auf.

Gibt einem Aufseher an, daß ein Wurm in seinem Kopfe stecke, den sein Bruder herausnehmen müsse. Kennt sich zeitlich nicht mehr aus, spricht leise vor sich hin, gestikuliert, legt sich ab und zu auf den Boden und ist ständig heiter. Kann die einfachsten Rechenaufgaben nicht mehr lösen, klagt viel über Kopfschmerzen.

Das körperliche Befinden läßt noch weiter nach: Unruhig, geringer Schlaf, geringe Nahrungsaufnahme. Starkes Zittern, Kopfweh. Legt sich zu Bett.

Im Februar 1898 gleich schlecht, äußert andauernd kindische Freude über die bevorstehende Entlassung und Abholung. Wird weiterhin zeitlich ganz unklar, lispelt, zittert.

Im März weiß er bereits seine Grundbuchnummer nicht mehr, klagt täglich über Kopfweh, ist unrein, deutet schließlich bloß mehr mit der Hand an den schmerzenden Kopf, redet kaum mehr und leise. Die linke Pupille ist weiter, der linke Fazialis ist paretisch.

Im April zittert er stark, flüstert nur: „Kopf, Kopf“, deutet auf die Stirne. Ein Gespräch ist nicht mehr zu führen. Wiederholt jedes ihm gesagte Wort minutenlang unter starkem Besinnen, bringt aber schließlich doch nichts hervor.

Im Juni kann er nicht mehr schreiben, nicht rechnen, die Zahlen 1—10 nicht ohne Auslassungen hersagen. Kopfschmerzen und Schmerzen in den Beinen.

Im Juli haftet von den Wochentagen nur der Freitag in seinem Gedächtnis.

Der Zustand wurde als Dementia paralytica angesprochen. Das Befinden zeigte zunächst stationäre Tendenz.

Im August bis Dezember wird Ameisenkriechen im ganzen Körper verzeichnet. Der Kranke geht vorübergehend im Anstaltshof spazieren; er glaubt, daß er erst seit einer Woche nicht mehr arbeite und seitdem begnadigt sei. Auf die Frage, wann er denn von seinem Bruder geholt werde, antwortet er: „Heute, heute, gewiß!“ Starkes Herzklopfen und beschleunigte Herztätigkeit, Schlaflosigkeit. Hat körperlich stark abgenommen.

Ein erneutes Gutachten spricht sich im Januar 1899 wiederholt für Paralyse aus und betont, daß M. keine 2 Jahre mehr leben dürfte bei dem fortschreitenden Charakter der Erkrankung. Der Arzt begutachtet, dem Gefangenen bei dieser Lage Erleichterungen zu teil werden zu lassen, namentlich hinsichtlich der strengen Isolierung, die bei ihm aus Fluchtverdachtsgründen stets anbefohlen war.

Ein Mitte Februar, nach knapp 5—6 Wochen, erstattetes Gutachten des stellvertretenden Hausarztes vermerkt eine körperliche und geistige Besserung im Befinden des Kranken. Die gestellte Diagnose erscheine keineswegs gesichert. Demgegenüber legen die eingehenden Beobachtungen des nächsten ärztlichen Gutachters im September 1899 folgendes dar: Zu Beginn der 5monatigen Beobachtung lag M. meist zu Bette, stand indes schleunigst auf, faßte den Arzt krampfhaft bei den Händen, deutete an Kopf und Brust, die reichlich Kratzeffekte zeigten, und stieß unverständliche Laute aus. Kopf stark vorwärts gebeugt, zitternd, ebenso die Hände; beschleunigte Herztätigkeit; kann gut stehen und gehen.

Nach 2 Monaten ständiges Umhergehen in der Zelle, den Kopf mit den Händen haltend.

Schwächlich, reduziert, blutarm, Kopf stark gebeugt, zittert; Stirne

gerunzelt. Links mangelhafter Lidschluß, linke Pupille erweitert und reaktionslos, rechte träge. Mund und Zunge zittern, letztere weicht rechts ab. Linke Labialfalte verstrichen. An den Vorderarmen, Fingern und Unterextremitäten werden Nadelstiche nicht verspürt. Patellarreflex links normal, rechts gesteigert. Gang breitspurig. Romberg +. Keine Inkontinenz.

Psychisch: Alle Befehle werden vollzogen. Vorname angegeben, Nachname unbekannt, ebenso Namen von Eltern und Geschwistern. Oertlich und zeitlich ganz unklar; läßt beim Zählen einzelne Zahlen aus; macht beim Schreiben unkenntliche Zeichen, liest buchstabierend, kann einzelne Buchstaben nicht aussprechen. Erkennt die zur Sensibilitätsprüfung verwendete Nadel als solche, auch die Taschenuhr, kann aber die Zeit nicht ablesen. Taschenmesser bezeichnet er als Gabel, Geldmünzen benennt er nur nach der Farbe.

Die Diagnose Dementia paralytica wird erneut aufrecht erhalten; das Leiden habe seit Jahresfrist keinen Fortschritt gezeigt. —

Im September 1900 wird eine wesentliche Besserung konstatiert: Der psychische Zustand sei seit Februar im Anschluß an eine fieberhafte Erkrankung besser geworden, die Sprache sei deutlich, es bestehe vollste Orientiertheit, Verlangen nach Arbeit, Spaziergang und Lektüre. Auf körperlichem Gebiet Zunahme des Gewichts, Nachlassen der paretischen Symptome, dagegen Erhaltensein der Pupillarsymptome. Romberg undeutlich +. Raumsinn mangelhaft. Sensibilität, Reflexe wieder intakt.

Kein grober psychischer Defekt mehr, richtige Angaben über Familie, Orientiertheit über alles mit Ausnahme über die Zeit der Erkrankung und die Vorkommnisse während derselben.

Es wird ein Zustand tiefgreifender Remission angenommen.

Im September 1901 günstige Gewichtsverhältnisse und Psyche, dagegen fast reaksionslose, weitere linke Pupille, schwächerer linker, gesteigerter rechter Patellarreflex. deutlicher Romberg, herabgesetzte Sensibilität links.

Im ganzen körperliche, nicht geistige Verschlimmerung.

Im September 1902 wird vollkommen befriedigender Gesundheitszustand geschildert, auch Besserung der nervösen Symptome mit Ausnahme der Pupillen, einer ganz geringen linksseitigen Facialis-Schwäche und geringerer Sensibilitätsherabsetzung links.

Psychisch „keine wesentlichen Zeichen geistiger Gestörtheit oder Schwäche. Da auch die früheren somatischen Störungen auf ein Minimum gesunken sind, so dürfte M. als geistig gesund seinen Körperkräften entsprechend beschäftigt werden."

Im September 1903 lautet das Gutachten: Zurzeit vollkommen gesund. Abnahme der geistigen Kräfte oder beschränkte Zurechnungsfähigheit in keiner Weise zu konstatieren.

Erst im Jahre 1908 erfuhr M., der unentwegt auf der Arbeitsabteilung verweilt, neuerlich eine ärztliche Würdigung gelegentlich der Einreichung eines Begnadigungsgesuches.

Die diesmaligen Befunde sind: M. macht den Eindruck frühen Gealtertseins. Graziler Körperbau, herabgesetzter Ernährungszustand, jedoch gute Muskulatur; mäßig blutarm. Die Lippen zucken ständig, die Augäpfel sind unruhig. Linke Nasolabial-Falte verstrichen. Linke Pupille um Geringes weiter als rechte; die linke reagiert etwas träger auf Lichteinfall und Akkomodation. Kniescheiben-Sehnen-Reflexe beiderseits auslösbar. Am Gang nichts Auffälliges, Hautempfindungen ohne gröbere Störungen. Keine körperlichen Klagen. Ansteckung mit Syphilis wird energisch verneint; ausschweifender Lebenswandel im Orient zugestanden.

Psychisch: In lebhafter, angeregter and geordneter Sprachweise, ohne jede Sprachstörung beklagt M. sein trauriges Geschick, für eine Jugendsünde so hart büßen zu müssen. Er zeigt sich dabei als gemütstiefer, doch keineswegs hoffnungslos trauriger Mensch, der im Gegenteil das höchste Interesse für die spärlichen Nachrichten besitzt, die über die Außenwelt an ihn gelangen. Die gemütliche Verfassung entspricht völlig der eines geistig gesunden Menschen seiner Lebenslage.

Ueber sein ganzes Leben, seine Familie, Jugend, über Personen der früheren Bekanntschaft, über die Reisen im Orient, den ausschweifenden Lebenswandel und die Straftaten, sowie über seine Ausbruchsversuche am

Straforte, die er mit unstillbarem Drang nach Freiheit begründet, werden von ihm vollkommen zutreffende Angaben gemacht. Zeitliche Klarheit besteht sowohl hinsichtlich weit zurückliegender, wie jüngerer und jüngster Daten.

Dagegen hält M. an seiner Begnadigungsidee noch heute fest, sobald auf diesen Punkt die Rede eingeht; „Ich weiß, daß ich am 26. oder 29. Juli 1899 relativ begnadigt worden bin. Wohlwollende Menschen, die ich nicht kompromittiere, haben es mir gesagt. Auch in der Zeitung habe ich es gelesen. Die relative Begnadigung muß vollzogen werden. Der Herr Assessor hat es mir schließlich selber eingestanden. Der Herr Offiziant hat am 29. Juli 1899 das Dekret selber in die Spitalapotheke gebracht. Aber ohne den Herrn Amtsvorstand geht es halt nicht! (Achselzucken)."

„Sind Sie krank?" „Daß ich krank war, weiß ich. Aber jeder Irrsinnige sagt, er sei gesund."

„Was fehlte Ihnen?" „Man hielt es für Paralyse. Ich glaube aber, daß ich parakletisch, nicht paralytisch bin."

„Was würden Sie in der Freiheit tun?" „Ich würde von Angehörigen unterstützt; dann heirate ich meine Cousine, mit der ich aufgewachsen bin."

„Die Cousine ist wohl ledig?" „Die ist schon lange verheiratet, aber Witwe. Die heiratet mich sofort."

„Wovon würden Sie leben?" „Ich habe Geld, so 8—10000 Mark. Die sind mir bei der Erbschaft bloß widerrechtlich genommen werden. Außerdem komme ich bei meinen Kenntnissen überall unter, sobald ich nur einmal die Ellenbogen frei habe. Ich spreche alle Sprachen: französisch, italienisch, spanisch, englisch, russisch, chinesisch und arabisch."

„Wo haben Sie die alle gelernt?" „Die ersteren auf der Realschule und auf Reisen. Russisch, chinesisch macht man sich leicht zusammen, wenn man hie und da in Büchern einige Worte findet. Ich habe ausgesprochenes Talent dazu. Ich lese viel."

„Sehen Sie denn gut?" „Ja, aber auf dem linken Auge, wie ich gemessen habe, um 22 Prozent schlechter."

„Wie konnten Sie das messen?" „Sehr einfach. Ich habe es eben gemessen." — Bei einem ärztlichen Rapporte erschien M. einmal, klagte über Schmerzen in den Beinen „wie früher", und bat um „Chinasäure", „aber das Präparat, welches 19 Prozent mehr Säure enthält als das andere". Befragt, wie er zu dieser Annahme komme, äußerte er erstaunt: „Aber das ist doch bekannt! Das habe ich in der Chemie studiert." —

Ich füge bei, daß M. noch heute im wesentlichen das gleiche körperliche und geistige Bild darbietet: Relative Rüstigkeit, geringe Residuen der ehedem bestandenen nervösen Störungen, insbesondere geringe Pupillendifferenz und Ungleichheit der Reaktion zu ungunsten von links, völliges Erhaltensein der gemütlichen Seite des Seelenlebens, völlige örtliche und zeitliche Klarheit, dagegen Reste des alten Begnadigungswahnes und der schwachsinnigen Größenidee hinsichtlich der Vermögenslage, des „leichten" Fortkommens im Wirtschaftskampf und der sprachlichen Kenntnisse.

Es fragt sich, wie dieses Krankheitsbild zu beurteilen ist, das plötzlich in der Einzelhaft bei einem Alter des Kranken von 37 Jahren einsetzte, zunächst unter Steigerung der Affektlage die dem Milieu angepaßten charakteristischen Wahnvorstellungen der Unschuld, Begnadigung und Entlassung aufwies, dann aber sehr rasch und geradezu stürmisch zu einem fast völligen psychischen Darniederliegnn und zur Entwicklung körperlicher Symptome führte.

Dem ganzen schließlichen Verlaufe nach, der nicht im mindesten zu einer Auflösung der Individualität, der Persönlichkeit führte, und keine Spur von gemütlicher Beeinträchtigung zeitigte, ist zunächst Dementia praecox auszuschließen. Der Beginn in Einzelhaft, der Umstand, daß bei M. ein sonst kaum beobachteter, intensiver Drang nach Freiheit vorhanden war, der sich in den gewagtesten Ausbruchsversuchen manifestierte, läßt möglich erscheinen, an eine Erschöpfungspsychose zu denken, die durch nagende Sehnsucht und psychische Aufreibung hinter verschlossenen Türen gefördert wurde. Die fast völlig erfolgte restitutio ad integrum könnte ebenso zu dieser Annahme verleiten. Jedoch wird die große Zahl und deutliche Ausprägung der körperlichen Symptome diagnostisch das Uebergewicht beanspruchen. Sie alle, in Verbindung

mit dem bestandenen schweren Zerfall der Intelligenz legen die schon zu Beginn gestellte Diagnose Paralyse zwingend nahe.

Der Kranke ist im Stadium der bei Paralyse häufigen Remission. Besserung und Stillstand währen nunmehr bereits ein volles Jahrzehnt. Diese ungewöhnlich lange Zeit läßt vielleicht einen dauernden Stillstand des Leidens erhoffen, ein glücklicher Ausgang, der im Falle der baldigen Haftentlassung des Mannes an Gewißheit gewinnen würde. — — —

Der Rückblick lehrt, daß 12 Gefangene einem gewissermaßen „physiologischen" geistigen Reduktionsprozeß unterlagen im Laufe ihrer langzeitigen, hoffnungslosen Haft. 9 Mann wurden direkt geisteskrank, fast sämtliche unter dem Einflusse der Einzelhaft und unter Symptonen, die den spezifischen Eigentümlichkeiten ihrer traurigen Situation entnommen sind. Beide Gruppen sind geistig aufgebracht, entwertet. Sie bilden bereits mehr als die Hälfte aller Fälle.

Für eine Anzahl jüngerer Gefangener, die heute zwar noch nicht so weit sind, steht der nämliche geistige Zersetzungsprozeß in der einen oder anderen Form in sicherer Aussicht, wie die Erfahrung an den alten Langzeitigen nahelegt.

Ein solcher Endeffekt einer, über den Strafzweck hinausgehenden, geradezu regelmäßig sich einstellenden geistigen Vernichtung muß nicht nur vom medizinischen, sondern auch vom juristischen Standpunkte aus als eine nicht hochstimmende Begleit- und Folgeerscheinung des Strafvollzuges bezeichnet werden.

Zusatz nach Druck: Dr. Többen, auf dessen wertvolle Studie[1]) über denselben Gegenstand ich leider erst nach Abschluß meiner Arbeit aufmerksam geworden bin, kommt auf Grund eines reichen Materials gleicher Art im wesentlichen zu den nämlichen Endergebnissen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Sanitätpolizei und Hygiene.

1. Gewerbehygiene.

Die Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung aller Arbeiter. Von J. C. Mc. Walter, D. P. H. Vortrag auf dem Pariser Kongreß des Royal institute of publ. health. The journal of state medicine; 1913, XXI, Nr. 12, S. 756.

Arbeiter in chemischen Fabriken werden schon lange bei ihrem Eintritt auf ihren Gesundheitszustand untersucht. Der Autor verlangt nun, daß auch der Ladengehilfe, der oft in unreiner Luft arbeitet, die Ausdünstungen von Waren, von schlecht gelüfteten Kleidern seiner Kunden, seiner Mitarbeiter einatmen muß, der Kommis, das Maschinenfräulein in derselben Weise ärztlich untersucht werden, wie der Arbeiter, der sich für bestimmte Betriebe meldet. Die Zeugnisse würden von Zeit zu Zeit zu erneuern sein; der Arzt müßte vom Staat bezahlt werden.

Wie wesentlich die neuen Gesetze in England die ärztliche Tätigkeit beeinflussen, ergibt sich daraus, daß im Jahre 1909 unter dem Unfallver-

---

[1]) Dr. Többen-Münster i. W., Dozent: Ein Beitrag zur Psychologie der zu lebenslänglicher Zuöhthausstrafe verurteilten oder begnadigten Verbrecher. Sonderabdruck aus der Monatsschrift für Kriminal-Psychologie und Strafrecht; 9. Jahrgang.

sicherungsgesetz 332866 Fälle zu erledigen waren.[1]) Hiervon wurden weniger als 1 % vor Gericht geordnet, die übrigen außergerichtlich. Die meisten Fälle, die unter dieses Workmen's compensation act fallen, werden im Krankenhaus behandelt — ein Beweis, wie notwendig eine genügende Zahl von Krankenhäusern ist. Dem Arzte die unentgeltliche Behandlung aller Kranken, wie bisher, aufzugeben, geht heute nicht mehr an; das Heilen der Kranken und die Sorge für die Armen ist die Pflicht der Nation, nicht die eines karitativ wirkenden Standes, der besonders jetzt viel unter den Simulanten zu leiden hat. Nach den Angaben von Sir J. Collie, medical examiner für den Londoner Grafschaftsrat, fanden sich unter 1814 Unfallbegutachteten 113 unzweifelhafte Simulanten. Diese können nur in Krankenhäusern genügend beobachtet und wirksam behandelt werden.

Der Autor empfiehlt nach dem Vorschlag von Prof. Benjamin Moore-Liverpool, daß sämtliche Aerzte und Krankenhäusern vom Staat übernommen werden sollen. Eine Summe von jährlich 20 Millionen £ würde zur staatlichen Krankenhausunterhaltung ausreichen. Durch Uebernahme des Heilverfahrens bei Tuberkulösen auch in der Wohnung des Kranken hat der Schatzkanzler übrigens schon einen Teil dieses Planes angenommen.

Dr. Mayer-Simmern

Ein Fall von hochgradiger gewerblicher Argyrie. Von L. Teleky. Wiener klin. Wochenschrift; 1913, Nr. 43, S. 1773.

Die blauschwärzliche Verfärbung dieses als „Neger aus dem Isergebirge" vorgestellten Mannes rührte von einer Vergiftung mit einer Lösung salpetersauren Silbers her. Diese wird beim Perleneinziehen in Glasröhrchen eingesogen, die später zur Herstellung von Glasperlen dienen.

In der Diskussion über diesen Fall wurde auf das häufige Zusammentreffen von Argyrie mit bösartigen Geschwülsten hingewiesen. In einem Falle von Argyrie der Blasenschleimhaut bestand ein Karzinom der Blasenschleimhaut. Vermutlich gibt der Reiz der Silberpartikel auf die Epithelien die Anregung zur Entstehung der Geschwülste. Dr. Dohrn-Hannover.

Beiträge zur Phosphornekrose der Kiefer. Von Prof. Dr. A. Stieda-Halle a. S. 1912. Verlag von Karras in Halle a. S.

Der reine gelbe oder weiße giftige Phosphor wird fabrikmäßig nur noch an wenigen Orten hergestellt, Deutschland besitzt eine Phosphorfabrik in der Nähe Halles. St. konnte 2 Fälle von Phosphornekrosen der Kiefer beobachten. Der eine der erkrankten Arbeiter war 11 Jahre, der andere $7^1/_2$ Jahre in der Phosphorfabrik tätig.

Prophylaktisch kommen besonders eine sorgfältige zahnärztliche Kontrolle der Arbeiter, Fürsorge für gute Ventilation und Verbot des Genusses von Speisen in den Arbeitsräumen in Frage. Dr. Dohrn-Hannover.

Erhebungen und Betrachtungen über wichtige Erkrankungen der Arbeiter in den Schwefelgruben Siziliens. Von Dr. Ach. Albanose. La Medicina delle Assicurazioni sociali; 1913, Nr. 8.

Unter den Krankheiten der Schwefelarbeiter Siziliens nehmen die wichtigste Stelle ein: Ankylostomiasis, Lungenemphysem mit Bronchialkatarrh und Hernien. Von 812 Arbeitern dieser Art, die Verfasser im Laufe mehrerer Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte, waren 60 % überhaupt krank; von diesen litten 41 % an chronischem Bronchialkatarrh mit Lungenemphysem, 30 % an Ankylostomiasis, 28 % an Hernien. Es handelt sich hierbei um einsässige Bezölkerung, bei der die Grubenarbeit sich forterbt und von früher Jugend an betrieben wird. Die allgemeinen sozialen Verhältnisse dieser Arbeiter sind schlechte, Alkohol- und Tabakmißbrauch stark verbreitet, der Ernährungszustand ein schlechter, Indolenz und Unverständnis dem Arzt gegenüber die Regel. Das Entstehen des chronischen Bronchialkatarrhs und Lungenemphysems wird durch das Einatmen des reichlichen Staubes und schädlicher Gase begünstigt. Diese Krankheiten kommen oft in recht schwerer Form vor.

[1]) Siehe diese Zeitschrift; 1911, S. 547.

Eine, wenn auch nur kurze Unterbrechung der Arbeit mit zweckmäßiger Behandlung in einer Krankenanstalt ist oft von erstaunlichem Erfolg begleitet. Das so besonders häufige Vorkommen von Eingeweidebrüchen wird mehr auf allgemeine ungünstige Verhältnisse — dürftiger Ernährungszustand, schlaffe Muskulatur, schlechte Haltung bei der Arbeit, Entwicklungshemmungen des Skeletts u. dgl. — als auf plötzlich einwirkende Gewalten zurückgeführt.

Alle drei genannten Krankheiten sind als Gewerbekrankheiten anzusehen Um die Zustände zu bessern, sind gesetzgeberische Maßnahmen und rechtzeitige ärztliche Behandlung erforderlich. Dr. Solbrig-Königsberg.

Ein professionelles Zeichen der Ringkämpfer. Von Dr. Dom. de Santis-Palermo. Archivio di Antropologia criminale, Psichiatria etc.; 1913, Heft 3.

Als ein solches bezeichnet Verfasser eine eigentümliche Deformation der linken Ohrmuschel, die bei keinem Ringkämpfer fehlt — abgesehen von Anfängern — und öfter auch auf der rechten Seite zu finden ist. Es handelt sich um eine Aufteilung der Ohrmuschel, die statt ihrer konkaven Form eine konvaxe erhält. Die Veränderung wird hervorgerufen durch eine Fraktur des Ohrknorpels mit Bildung von Hämatom und hängt mit der Art und Weise, wie sich die Kämpfer fassen und zu Boden zu werfen suchen, zusammen. (Erläuterung an Bildern!) Man kann nach dem Verfasser bei dieser Verbildung der Ohrmuschel von einer spezifischen Gewerbekrankheit der Ringkämpfer reden, der gegenüber anderen Zeichen wie Stiernacken, Muskelmassen an Schultern u. a. erheblich an Bedeutung zurücktreten. Das angeführte Zeichen soll auch gelegentlich zur Identifizierung der Person dienen.

Dr. Solbrig-Königsberg.

---

2. Nahrungsmittelhygiène.

Das Biorisator-Verfahren von Dr. Lobeck. Ein neues Verfahren der Milcherhitzung. Von Dr. Neverman-Berlin. Tierärztl Wochensch.; 1913, Nr. 48.

Nach dem Verfahren von Dr. Oscar Lobeck (Molkereizeitung Nr. 14/13) wird die Milch im Druckgefäß unter 3—4 Atmosphären komprimiert und in den auf etwa 75 ° C gebrachten Innenkessel des Biorisators durch die Düse als feiner Milchregen eingeblasen. Es findet eine momentane, blitzartige Erhitzung der feinverteilten Milch statt; die im Innenkessel erwärmten Milchtröpfchen sammeln sich am Boden des Kessels und fließen durch das Ableitungsrohr sofort zum Kühler ab. Die Wärme von 73—75 ° C wirkt nur einige Sekunden, genügt aber, um alle Keime bis auf die unschädlichen Heu- und Erdsporen zu töten. Die Milchenzyme werden nicht merkbar verändert, die Eiweißkörper werden nicht koaguliert, die Fettkügelchen bleiben erhalten.

Dr. Wilcke-Genthin.

Ueber Palmolinvergiftung. Von Stabsarzt Dr. G. Simon. Deutsche militärärztl. Zeitschrift; 1913, Heft 24.

Bei einem Bataillon erkrankten innerhalb kurzer Zeit zweimal über 100 Mann an Durchfall, der ohne weitere Komplikationen rasch vorüber ging. Es wurde festgestellt, daß an den betreffenden Tagen an Stelle von Kokosfett das Palmolin einer Hamburger Firma zum Kochen verwendet worden war. Die chemische Untersuchung des Palmolins, das die Bezeichnung „hergestellt aus der Frucht der Oelpalme“ trug, ergab: Palmkernfett mit einem Zusatze von Sesamöl. Nachdem die weitere Anwendung des Palmolin verboten war, traten keine neuen Durchfälle auf. Simon nimmt an, das sich ein in den Pflanzenstoffen befindlicher Stoff beim Lagern zersetzt habe; möglicherweise könne auch der gesetzlich vorgeschriebene hohe Sesamölgehalt die Durchfälle bewirkt haben.

Dr. Bernstein-Mühlhausen i. Thür.

---

3. Schulgesundheitspflege.

Die Intelligenzprüfungen nach der Methode von Binet-Liman. Von Dr. Bloch-Kattowitz. Der Schularzt; 1913, Nr. 9.

Verfasser macht auf die neue Art von Intelligenzprüfungen aufmerksam, die von den Franzosen Binet und Liman 1905 veröffentlicht ist, in Deutsch-

land im Gegensatz zu anderen Ländern unbeachtet blieb, bis Bobertag 1909 darüber Mitteilungen machte. Die Methode versucht mittels bestimmter Prüfungen (Tests) die sich auf das gesamte Wissen des Kindes, aber möglichst ohne Berücksichtigung der Schulkenntnisse, beziehen, die Durchschnittsintelligenz des normalen Kindes von 6—12 Jahren festzulegen. Die Tests beziehen sich auf die Kenntnis für Dinge des täglichen Lebens, den Wortschatz, auf Vergleichen und Unterscheiden, Kombinieren eines Satzes aus 3 Wörtern, Erkennen von Lücken in Zeichnungen, Beschreiben von Bildern u. a. m. Die verlangte Lösung der Tests ist in den verschiedenen Lebensaltern natürlich eine sehr verschiedene. Ein Kind, das sämtliche Tests seines Lebensalters löst, ist normal; löst es auch noch Tests der nächsthöheren Altersstufe, so hat es ein höheres Intelligenzalter, und zwar bedeuten 5 Tests immer eine Altersstufe. Bei einem Rückstand von 2 Jahren beginnt das Schwachsinnige. Zur leichteren Berechnung des Verhältnisses vom Lebensalter (L A) zum Intelligenzalter (J A) hat man den Intelligenzquotienten eingeführt, indem man sagt: J Qu ist gleich J A/L A; je kleiner dann der Bruch, um so größer der Schwachsinn. Verfasser erwartet viel von den praktischen Konsequenzen der Methode.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Masern und Schule. Von Dr. Moritz Cohn-Breslau. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1913, Nr. 10 u. 11.

Verfasser erörtert die Beziehungen zwischen Masern und Schule in fünf Abschnitten und stellt mit Rücksicht auf alle angestellten Betrachtungen bei der Frage: „Wie verhütet man die Masernansteckungen durch die Schule?“ folgende Leitsätze auf:

1. Bei der Anmeldung der Schulneulinge ist in den Personalien zu verzeichnen, ob und wann ein Kind Masern überstanden hat; Angaben über Erkrankungen im ersten Lebenshalbjahr sind als negativ zu betrachren, da die Kinder in den ersten 6 Monaten selten die Krankheit glücklich überstehen.

2. Sofort nach der Meldung und sicherer Feststellung der ersten Masernerkrankung des Kindes einer Schulklasse sind die bisher noch nicht durchmaserten Zöglinge derselben Klasse vom Unterricht auszuschließen. Dieser Ausschluß beträgt grundsätzlich 14 Tage.

4. Eine Beobachtung der bisher masernfreien Kinder, die aus einem Masernherd zur Schule kommen, ist durch den Schularzt mit Hilfe der Schulschwester anzustreben.

4. Die Einführung der gesetzlichen Meldepflicht für Masern ist nicht anzustreben. Nur diejenigen Lehrkräfte und Schuldiener, die im Schulgebäude selbst wohnen, sollen Masernerkrankungen in ihrer Familie dem zuständigen Kreis- oder Schularzt melden.

5. Die Desinfektion von Klassenzimmern wegen Masernerkrankungen ist überflüssig.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Der Ausschluß offentuberkulöser Kinder vom Schulbesuch und die Bekämpfung der Tuberkulose in diesem Alter überhaupt. Von Ober-Med.-Rat Dr. Oppelt, geschäftsführendem Mitglied der 1. Abteilung des Königiich Sächsischen Landesgesundheitsamts. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1913; Nr. 8—9.

Im ersten Teil gibt Verfasser einen geschichtlichen Ueberblick über die Entwicklung der Bekämpfung der Kindertuberkulose in Deutschland, über die Einrichtung von Kinderheil- und Walderholungsstätten, von Auskunfts- und Fürsorgestellen und über die Maßnahmen des Staates durch Verordnungen und Anweisungen. Die Häufigkeit der Tuberkulose im Kindesalter behandelt der zweite Abschnitt. Da Anzeigepflicht für Tuberkulose fehlt, stehen sich bei der Feststellung der tuberkulose kranken Kinder Ansichten und Schätzungen gegenüber: Hamburger-Wien fand bei 95% untersuchter Kinder im Alter von 12—13 Jahren tuberkulöse Infektion, Pirquet bei 55% desselben Alters, Nägeli und Burkhardt wiesen bei Sektionen nach, daß bei 95% der Leichen Zeichen von Tuberkulose zeigten; Lenhoff berechnet die Zahl der einer Heilstättenfürsorge bedürfenden Kinder in Deutschland auf etwa 80000; dagegen fand Leubuscher unter 12—15000 Schulkindern nur 2 Fälle von

Lungentuberkulose; Cohn-Charlottenburg unter 687 Kindern keinen Fall. Während nun für Preußen eine Zunahme der Tuberkulose-Todesfälle für das 10.—15. Lebensjahr statistisch festgestellt ist, zeigt Sachsen von der 2. Hälfte der 90er Jahre an auch eine Abnahme der Tuberkulosetodesfälle dieses Alters. Eine Trennung der Sterbezahlen an Lungentuberkulose von denen der Tuberkulose anderer Organe zeigt ohne weiteres, wie stark die letzteren im Kindesalter die ersteren überwiegen. Verf. bespricht dann im dritten Abschnitt die wichtige Frage: Wie entsteht eine tuberkulöse Erkrankung im späteren Alter unter Berücksichtigung der Ansteckung im Kindesalter? Er behandelt kurz die Uebertragung durch den Typus bovinus, die Stellung der Skrophulose zur Tuberkulose, die Uebertragungsmöglichkeiten durch Nahrungsmittel, Staub, Ansteckung in der Schule und während der Lehrzeit.

Bei der Frage nach der Verhütung der Uebertragung, die der vierte Abschnitt behandelt, werden erst die Aufgaben der Nahrungsmittel- und Wohnungshygiene gestreift und dann die besonders wichtigen Aufgaben der Schule besprochen, die neben der Verhütung der Ansteckung auch die Berücksichtigung und möglichst die Ausheilung latenter Herde ins Auge zu fassen hat. Diese Aufgaben sind zu lösen durch hygienisch einwandfreie Schulhäuser, durch Belehrung der Kinder und ihrer Erziehungspflichtigen sowie durch Entfernung der Kinder mit offener Tuberkulose aus der Schule, eine Maßregel, die in Frankreich seit 1890 eingeführt, bei uns in den Verordnungen noch nicht klar und bestimmt aufgenommen ist, trotzdem Aerzte und Lehrerschaft dafür eingetreten und Uebertragungen mehrfach beobachtet sind. Offene Lungentuberkulose ist unbedingt auszuschließen, Tuberkulose der anderen Organe nur von Fall zu Fall nach Antrag des Schularztes. Dabei wäre dem Schularzt Anzeigepflicht aufzuerlegen und damit auf die Notwendigkeit der Versorgung des kranken Kindes Eltern und Behörden aufmerksam zu machen. Um eine Ausheilung latenter Herde zu erreichen, ist es notwendig, daß skrophulöse und tuberkulös gefährdete Schulkinder dauernd unter Aufsicht des Schularztes stehen, und daß die Schule für sie alle Mittel in Anwendung bringt, wie Sport und Spiel, Milchpflegen, Ferienkolonien, Kinderstifte und Erholungsheime. Auch zur Gründung von landwirtschaftlichen Kolonien, nach Muster der sächsischen Kolonie am Adelsberg muß geschritten werden. Es geschicht schon viel für die tuberkulösen Kinder, aber doch noch nicht genug.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr..

Die Bekämpfung der Sprachfehler in den amerikanischen Volksschulen. Vortrag in der Sektion für Stomatologie der am. med. ass. Von Harry F. Mc. Beath, M. D., Milwaukee. The journ. of the am. med. ass.; 1913, Nr. 18, S. 1610.

Aehnlich wie Mangold in seiner Arbeit: „Die Fürsorge für stammelnde und stotternde Kinder“ ausführt, hebt auch Mc. Beath hervor, daß noch heute eine große Anzahl von Pfuschern und Charlatanen an der Behandlung der Sprachstörungen schweres Geld verdient, und doch genügt bei fachmännischem Unterricht, wie das Studium von 3000 Fällen von Sprachfehlern lehrt, eine einjährige Schulung des Kindes, um in 80 % Heilung herbeizuführen. In Milwaukee ist sogar in 300 Fällen, in denen die Schulkinder in Sonderkursen ausgebildet wurden, Heilung in 98 % erzielt worden, — eine Zahl, die wesentlich günstiger lautet, als sie Mangold nach dem Archiv für Volkswohlfahrt für deutsche Verhältnisse mitteilt. Er gibt als Durchschnitt: 50,4 % Heilungen, 40,1 % Besserungen, 9,5 % Nichtheilungen. Der Grund, weshalb die Aerzte sich so wenig um die Frage gekümmert haben, liegt darin, daß Sprachgebrechen weniger im Sprechzimmer und im Krankenhaus, als im Schulsaal behandelt werden müssen.

In 26 Städten der U. S. A. kennt man die Zahl der Stotterer in den Schulen noch nicht; in 12 Städten dagegen sind ausgebildete Lehrer mit gutem Erfolge tätig. Der Autor plädiert dafür, daß die American med. association sich der Frage annehme.

Dr. Mayer-Simmern.

Fußerkrankungen bei Schulkindern. Von Dr. Muskat-Berlin. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1913, Nr. 10.

Von Fußerkrankungen ist für das Leben von einschneidender Bedeutung:

der Plattfuß. Nur in 4,3 % ist er angeboren, in 95,7 % dagegen erworben. Von den verschiedenen Formen des Plattfußes ist die häufigste (88,9 %) die statische, die eine Folge der zu großen und falschen Belastung des Fußes ist, wodurch eine Schädigung der Knochen, Bänder und Muskeln erfolgt. Verfasser setzt die Art der Entstehung des Plattfußes genauer auseinander. Der Plattfuß ist unter der Schuljugend häufig zu finden; Ewald fand bei seiner Untersuchung von 13 Volksschulklassen mit je 30—40 Knaben von 11—13 Jahren 61,5 % mit ausgeprägtem Knickfuß und 37 % mit regulärem Plattfuß. Henneberg und Kirsch fanden in Magdeburg eine von den unteren nach den oberen Klassen aufsteigende Prozentzahl von Plattfüßigen (Klasse 7 = 13,11, Klasse 1 = 27,7 %); wegen Plattfuß heeresuntauglich sind in Deutschland 25 ‰. Eine sachgemäße Plattfußbekämpfung ist also erforderlich. Sie muß bestehen in genauer Untersuchung der Schulrekruten, in Schonung der mit Fußbeschwerden behafteten beim Gehen und Stehen, in Sorge für zweckmäßige Fußbekleidung und vor allem in Vermeidung falscher Fußstellung und Einführung von Uebungen im Turnunterricht, dies der Plattfußbildung entgegenwirken. Das Prinzip, auf dem diese Uebungen beruhen müssen, ist: den Fuß aus der Abduktionsstellung zu bringen. Kurz gefaßte und leicht verständliche Merkblätter zur Verteilung an die Eltern der Schüler erscheinen zweckmäßig.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Zur Tageslichtmessung in Schulen. Von Franz Pleier-Karlsbad. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1913, Nr. 8.

Der Erfinder eines eigenen „Raumwinkelmessers" sieht auch in diesem Instrument die Frage einer einwandfreien Messung des Tageslichts zur Bestimmung des Mindestmaßes an Helligkeit für den einzelnen Schülerplatz noch nicht gelöst. Die verlangten 50 Raumwinkelgrade können nicht den richtigen Maßstab angeben, da der Einfluß des reflektierten Lichts dabei nicht gewürdigt wird; denn unter ganz besonders günstigen Bedingungen kann ein Platz gut belichtet sein, wenn er nur reflektiertes Licht erhält.

Verfasser stellt nun Erwägungen an, aus denen er die Schlüsse zieht, daß 1. alle Flächen in einem Raum in gleichem Maße heller oder dunkler werden, sobald die in Frage kommende Himmelspartie heller oder dunkler wird, 2. ähnliche feststehende Beziehungen zwischen den einzelnen Flächen des Raumes bestehen, 3. bei allen Schwankungen der Helligkeit der kleine Teil des Firmaments, der für die Fenster des Zimmers in Betracht kommt, als eine Fläche von gleichmäßiger Helligkeit (in demselben Zeitabschnitt) betrachtet werden kann.

Es soll nun, um eine Untersuchung des Schülerplatzes vorzunehmen, mit den Photometer dessen augenblickliche Helligkeit, gleichzeitig aber die Himmelshelligkeit (unter Abfangen des direkten Lichtes durch ein trichterförmiges Rohr) bestimmt werden. Das Verhältnis der ersteren zur zweiten „ergibt einen Quotienten, der eine unabänderliche Zahl ist, die für alle Beleuchtungsverhältnises für den bestimmten Platz die wesentlichen Merkmale für die Wertigkeit abgibt."

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Welchen Fußboden soll man für die Klassenzimmer der Volksschulen verwenden? Von Prof. Nußbaum. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1913, Nr. 10.

Inanspruchnahme und Abnutzung der Fußböden sind in Volksschulen besonders groß. Die haltbarsten Estriche, wie Granito, Terrazzo, Gipsestrich und „fugenlose Fußböden" entziehen dem Fuße hohe Wärmemengen, die Schülersitze müssen also hierbei stets mit Fußbänken versehen sein. Die aus Fichten- und Tannenholz hergestellten Fußböden nutzen sich zu rasch ab, Kiefernholz ist zu reich an Aesten, die beim Ausspringen Löcher im Fußboden entstehen lassen, in denen sich Staub und Schmutz ansammelt; Eichenriemenböden, die nicht gewachst sind, was für den Schulbetrieb erforderlich ist, werden rauh und wirken dann unschön. Nach Beobachtungen des Verfassers bewährt sich der aus Pechfichte (Pitschpine) hergestellte Dielenboden am besten und bewahrt seinen tiefroten Glanz durch gelegentliches Abreiben mit einem ölgetränkten Tuch. Der höhere Preis wird durch die Dauerhaftigkeit und die geringen Unterhaltungs-

kosten ausgeglichen. Holzfußböden sollten, um die Verbreitung von Geräuschen zu verringern, stets dicht mit feinem Sand unterbettet werden, damit sie nicht schwingen können. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Die Schularztfrage in Oesterreich. Von Schularzt Dr. Wimmenauer-Mannheim. Der Schularzt; 1913, Nr. 9.

Trotzdem in den Lehrerbildungsanstalten und gewerblichen Fortbildungsschulen von der staatsärztlichen Schulverwaltung Schulärzte angestellt sind, hat die Regierung noch wenig Schritte zu einer gesetzlichen Regelung des Schularztwesens getan und nur einzelne Städte (u. a. auch Brünn mustergültig) haben den schulärztlichen Dienst eingeführt. Ein Erlaß des k. k. Lnndesschulrates vom 24. Februar d. J. empfahl zur Lösung der Schularztfrage das Vorgehen des Wiener Reform-Realgymnasiums und weist als zweckdienlich auf den Vorschlag des Wiener Kinderklinikers Prof. v. Pirquet hin, der seine Kinderklinik für die schulhygienischen Zwecke dieser Schulen zur Verfügung gestellt hat. Gegen diese Vermischung des klinischen und schulärztlichen Betriebes und die absolute Verkennung der schulärztlichen Aufgaben, die darin liegt, wandte sich die Wiener Aerztekammer und hielt vom 8. bis 14. April 1913 eine schulärztliche Enquete ab, die sich mit allen mit dem Schularztwesen in Zusammenhang stehenden Fragen beschäftigte und das eigenmächtige Vorgehen der Wiener Kinderklinik glatt ablehnte. Lebhaft debattiert wurde die Ausbildung der Schulärzte; die Frage, ob neben den Schulärzten noch Spezialisten tätig sein sollen, wurde dahin beantwortet, daß für besondere Fälle — wenigstens in den Großstädten — Schulspezialärzte zur Verfügung stehen sollten. Die Aufgabe des Schularztes im allgemeinen wurde als eine vorwiegend prophylaktisch-hygienische Tätigkeit scharf umgrenzt. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Die Milchversorgung der Schulen. Von Stadtarzt Dr. Sieveking-Hamburg. Der Schularzt; 1913, Nr. 10.

Die Hamburger Volksschulen wurden seit 2½ Jahren aus den Milchküchen der Patriotischen Gesellschaft mit Vollmilch versehen. Es wurde pasteurisierte Milch in Flaschen zu 200 g mit Pappverschluß versehen zu 5 Pfg. das Stück geliefert. Die erst aufgestellten Forderungen, daß die Milch mit Tuberkulose-Tilgungsverfahren und besonderer Ueberwachung der Stall-, Futter- und Melkordnung gewonnen und von demselben Morgen stammen sollte, ließ man wegen der stark gesteigerten Kosten fallen; der Betrieb wurde aber der Aufsicht des hygienischen Institutes unterstellt. Diese zentralisierte Schulmilchlieferung ließ sich nach Ueberwindung einiger Schwierigkeiten durchführen, so daß die Lieferung von 32341 Liter im Jahre 1908 auf 247523 Liter im Jahre 1912 stieg. Seitens der Milchküchen mußte aber eine Abgabe von 10 % des Erlöses an den betreffenden Schuldiener gezahlt werden; infolgedessen war es nicht möglich, ohne Verlust zu arbeiten. Da die Oberschulbehörde es ablehnte, diese 10 % zu erlassen, auch den Milchküchen nicht gestattete, die Flaschen nur auf 185 g zu füllen, mußten die Milchküchen der Patriotischen Gesellschaft ihr Unternehmen aufgeben. An ihre Stelle sind Milchhändlerlieferungen getreten, die eine so sichere Aufsicht natürlich nicht mehr gestatten, auch Freiflaschen an bedürftige Kinder nicht ermöglichen.

Dr. Solbrig-Königsberg.

Walderholungsstätten und Waldschulen, insbesondere die Charlottenburger Waldschule. Von G. Gohde-Potsdam. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1913, Nr. 9.

Verfasser gibt Einblick in das Leben der Charlottenburger Waldschule, die 1904 gegründet wurde, und deren Gründung Anstoß gab zu einer umfassenden Bewegung für diese Schulen. Das Hauptziel der Schulen ist körperliche Kräftigung; die unterrichtliche Versorgung soll nur das spätere Vorwärtskommen in der Schule sichern und ist deshalb auf das geringste Maß — untere Klassen 2 Stunden, obere Klassen 2½—3 Stunden täglich — mit reichlichen Zwischenpausen festgesetzt. Es werden gegenwärtig 260 Kinder von 10 Lehrkräften in 12 Klassen (Ostern- und Michaelikursus) unterrichtet. Es werden pro Tag 50—60 Pfg. Pflegegeld für das Kind erhoben; manche zahlen

nur 5–10 Pfg., eine ganze Anzahl nichts. Drei bis vier Klassen werden bis Weihnachten durchgeführt. Die Erfolge sind sehr gute.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Besprechungen.

Prof. Dr. Heinrich Fritsch, Geh. Ob.-Med.-Rat: **„1870/71, Erinnerungen und Betrachtungen".** 3.—5. Aufl. Bonn 1914. A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn). Kl. 8°; 318 S. Preis: elegant gebunden 5 M.

Verfasser gibt uns in dem vorliegenden Buch eine außerordentlich frische und lebendige Schilderung seiner Kriegserlebnisse als junger Feldassistenzarzt während des Feldzuges 1870/71, den er vom ersten bis zum letzten Tage mitgemacht hat. Was seinen Kriegserinnerungen ihren besonderen Reiz verleiht, ist der durch und durch persönliche Charakter der tagebuchartig fortschreitenden Erzählung und die Wahrhaftigkeit der Berichterstattung, die aus jeder Zeile hervorleuchtet. Besonders wohltuend berührt die Offenheit, mit der er über Fehler und Mängel, über Differenzen mancherlei Art berichtet. Mit offenen Augen und warmem Herzen ist Verfasser durch Feindesland über Metz bis nach Dijon gezogen. Treffliche Beobachtungen des französischen Volkslebens wechseln ab mit gelungenen Schilderungen deutscher Soldatentypen, gemütvolle Lager- und Biwakgeschichten mit herzbewegenden Berichten aus Lazaretten und Krankenhäusern. Nicht minder erfreut den Leser aber auch die geradezu unverwüstlich gute Laune, die sich Verfasser auch in den mißlichsten Lagen zu bewahren verstanden hat, sowie sein fröhliches Verständnis für den Soldatenhumor, selbst da, wo er selbst dessen Opfer ist. Wo die Gelegenheit es gestattet, knüpft er an seine Beobachtungen auch Ausführungen allgemeiner Natur an, die im hohem Grade fesseln und durch ihre zutreffende Beurteilung der Verhältnisse eine scharfe Beobachtungsgabe erkennen lasse Wenn z. B. der Verfasser auf S. 129 sagt: „Auch im Elsaß wird es lange Zeit dauern, bis (gegenüber der bisherigen Unkenntnis der deutschen Verhältnisse) die Erkenntnis kommt und die Wahrheit durchbricht. Und zeigt dann die Regierung bei solcher Beschränktheit des Volkes noch Liebenswürdigkeit, Nachsicht und Entgegenkommen gegen einzelne Personen, statt Gerechtigkeit, Konsequenz und Strenge, so wird es noch länger dauern, da man dieses Verhalten so auslegen wird, als hätten wir das Gefühl des Schwächeren." Wer denkt da nicht an die Jetztzeit und an Zabern?

Das Buch kann den Kollegen aufs wärmste empfohlen werden, besonders denjenigen, die wie der Referent den Feldzug 1870/71 mitgemacht haben; sie werden durch die fesselnden, humorvollen und wahrheitsgetreuen Schilderungen des Verfassers recht lebhaft an ihre eigenen, mehr oder weniger ähnlichen Erlebnisse lebhaft erinnert werden.

Rpd.

Prof. Dr. L. Lewin: Obergutachten über Unfallvergiftungen. Leipzig 1912. Verlag von Veit u. C. Kl. 8°. 379 S. Preis: geh. 10 M.

Verfasser, eine der maßgebendsten Autoritäten auf dem Gebiete der Unfallvergiftungen, dem in erster Linie eine gründliche und methodische Erforschung dieses so schwierigen Gebietes zu danken ist, hat im vorliegenden Buch 36 Obergutachten, die er dem Reichsversicherungsamt und anderen Gerichten erstattet hat, zur allgemeinen Kenntnis niedergeschrieben. Vorher gibt er einen kurzen Ueberblick über die Grundlagen für das Verstehen und Beurteilen von Vergiftungskrankheiten. In den sehr instruktiven Gutachten ist ein außerordentlich wertvolles Material zusammengebracht, das in einschlägigen Fällen jedem Gutachter die notwendigen Aufschlüsse gibt. Er wird dadurch in Stand gesetzt, ein brauchbares Gutachten abzugeben. Ref. kann daher jedem Arzte, der öfters als Sachverständiger tätig ist, das Studium dieser Gutachten nur empfehlen. Auch der Richter wird darin viel Wissenswertes finden.

Rpd. jun.

Dr. med. Walther Ewald, früher Privatdozent der sozialen Medizin und der Akademie für Sozial- und Handelswissenschaften in Frankfurt a. M., jetzt Stadtarzt in Bremerhaven: **Soziale Medizin.** Ein Lehrbuch für Aerzte, Studierende, Medizinal- und Verwaltungsbeamte, Sozialpolitiker, Behörden

und Kommunen. Zwei Bände. Mit 151 Figuren und 5 Karten. Berlin 1911 und 1914. Verlag von Julius Springer. Gr. 8°; 592 und 702 S. Preis: 44 M., geb. 48,50 M.

Ein großzügig angelegtes Werk, das aus Vorlesungen hervorgegangen ist, die der Verfasser in der Akademie in Frankfurt a. M. gehalten hat und demzufolge der Zusammensetzung des Hörerkreises aus Aerzten und Laien entsprechend auf rein medizinische Fragen nicht näher eingeht, sondern die ganze Materie in einer sowohl den Medizinalbeamten und Aerzten, als auch den Verwaltungsbeamten und sonstigen auf dem Gebiete der sozialen Medizin tätigen Laien angepaßten Form erörtert. Verfasser hat die sich gestellte äußerst schwierige Aufgabe in vorzüglicher Weise gelöst. Im ersten Band werden nach kurzer Einleitung über den Begriff der sozialen Medizin und der Medizinalstatistik als Wissenschaft die Bekämpfung der Seuchen sowie die sonstigen Maßnahmen zur Bekämpfung der allgemeinen Sterblichkeit (Säuglingsfürsorge, Bekämpfung der Tuberkulose, des Alkoholismus und der Geschlechtskrankheiten) erschöpfend und unter Berücksichtigung der neueren Forschungsergebnisse behandelt, während der soeben erschienene zweite Band der sozialen Versicherung gewidmet ist und in sieben Hauptabschnitte zerfällt: Entwicklung der sozialen Versicherung (I), ihre gesetzlichen Grundlagen (II), die Krankheitserscheinungen und ihre Beurteilung im gesetzlichen Sinne (III) (Krankheit, Betriebsunfall, Invalidität, Verminderung der Erwerbsfähigkeit), besondere Erscheinungen in der sozialen Versicherung (IV) (Simulation, Dissimulation, traumatische Neurose und Rentenhysterie), Arzt und soziale Versicherung (V) (Arztfrage und Aufgaben der ärztlichen Tätigkeit in der sozialen Versicherung), Leistungen der sozialen Versicherung in bezug auf Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung (VI), besondere Maßnahmen und Einrichtungen zum gesundheitlichen Schutze innerhalb und außerhalb der Reichsversicherungsordnung (VII) (Ersatzkassen, Knappschaftswesen, soziale Versicherung der Seeleute und Eisenbahner, Arbeiterschutz und Bekämpfung der Gewerbekrankheiten, Angestelltenversicherung). Dieser kurze Ueberblick des Inhalts zeigt, daß kein Teil des großen Gebietes der sozialen Medizin unerörtet geblieben ist; überall ist die einschlägige Gesetzgebung, Rechtsprechung und Statistik eingehend berücksichtigt, so daß das Werk den beteiligten Kreisen nicht bloß zum Studium, sondern auch als Ratgeber dienen kann und besonders den Medizinalbeamten und Aerzten mit Rücksicht auf ihre von Jahr zu Jahr immer mehr wachsende Mitwirkung auf dem Gebiete der sozialen Medizin nur warm empfohlen werden kann. Es zeichnet sich außerdem durch eine tadellose Ausstattung aus, wie eine solche bei dem in dieser Hinsicht rühmlichst bekannten Verlage nicht anders zu erwarten steht. Rpd.

Dr. Wiedemann, Bezirksarzt in Neu-Ulm: **Nachschlagebuch zur Krankenversicherung** einschließlich der gemeinsamen Vorschriften nach der Reichsversicherungsordnung insbesondere für Aerzte. Würzburg 1913. Verlag von Kurt Kabitzsch. Kl. 8°, 155 S. Preis: kart. 3 M.

Verfasser bringt in alphabetischer Reihenfolge Stichwörter aus dem Gebiete der Reichsversicherungsordnung mit kurzgefaßten Erklärungen und Angaben der vorschlägigen Paragraphen, bei wichtigeren Worten, wie Aerzte, Angestellte, Landkrankenkasse usw. sind die Bestimmungen auch im Wortlaut angeführt. Dadurch, daß immer auf die einschlägigen Paragraphen hingewiesen ist, ermöglicht das Büchlein eine rasche Orientierung auf dem schwierigen Gebiet und kann besonders dem empfohlen werden, der keine Gelegenheit und Zeit hat, sich durch eingehendes Studium mit dem ganzen Gebiet vertraut zu machen. Rpd. jun.

Dr. Rathmann, Reg.- und Med.-Rat in Allenstein: **Die berufliche und freiwillige Krankenpflege der Frau.** Ein Ueberblick über die zurzeit bestehenden Einrichtungen in beruflicher und freiwilliger Krankenpflege und die modernen Bestrebungen für ein Frauendienstjahr in der Kranken- und Gemeindepflege. Leipzig 1913. Verlag von F. Leineweber. Gr. 12°. 133 S. Preis: brosch. 2,50 M., geb. 3 M.

Das Büchlein ist für die Frauen und Mädchen bestimmt, die Lust zur Krankenpflege haben und diesen schwierigen Beruf ergreifen wollen. Es soll sie über die Ansprüche, die an eine Schwester gestellt werden, orientieren, soll

übertriebene und falsche Vorstellungen beseitigen und ihnen bei der Wahl des Mutterhauses u. dergl. ein Ratgeber sein. Im ersten Teil bespricht es den Schwesternberuf im allgemeinen, gibt Aufklärung über die Pflichten, die Art des Dienstes, die Gefahren des Berufes usw. Im zweiten Teil werden die einzelnen Mutterhäuser, Schwesternschaften, Vereine u. dergl. mit kurzer Angabe ihrer Grundgedanken, Ziele und Statuten angeführt und zwar zuerst die beruflichen Krankenpflegerinnen-Organisationen und dann die freiwillige Krankenpflege. Hierbei werden auch die modernen Bestrebungen eines Frauendienstjahres berücksichtigt. Das Buch gibt einen vorzüglichen Ueberblick über die Krankenpflege der Frau und kann nicht nur Frauen und Mädchen, die Interesse für den Beruf zeigen, sondern auch den Medizinalbeamten, die in der Beziehung ja so oft um Rat angegangen werden, zur Anschaffung empfohlen werden. Rpd. jun.

Oberarzt Dr. Bresler-Lüben: **Ruhr, Typhus, Paratyphus sowie Bakterium Koli-Infektion nach neuerer Forschung.** Halle a. S. 1912. Verlag von Carl Marhold. Gr. 12°. 132 S. Preis: geh. 2 M.

Eine Zusammenstellnng der neueren Forschungsergebnisse über Ruhr, Typhus, Paratyphus und Bakterium Koli-Infektion, die besonders den Medizinalbeamten interessieren dürfte. Rpd. jun.

Dr. B. Bandelier, Chefarzt des Sanatoriums Schwarzwaldheim in Schauberg bei Wildbad und **Prof. Dr. O. Roepke,** Chefarzt der Eisenbahnheilstätte Stadtwald in Melsungen bei Cassel: **Die Klinik der Tuberkulose.** Handbuch des Alters der gesamten Tuberkulose für Aerzte und Studierende. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 79 Abbildungen und 18 Kurven im Text, sowie 189 Abbildungen auf 45 farbigen und 5 schwarzen Tafeln. Würzburg 1914. Verlag von Kurt Kabitzsch. Gr. 8°, 791 S. Preis: geb. 26,50 M.

Die Tatsache, daß die „Klinik der Tuberkulose“ drei Jahre nach ihrem ersten Erscheinen bereits zum vierten Maale in neuem Gewande vor das forum medicorum hintreten darf, um sich dem Arzte, vor allem dem praktisch tätigen, als kundige Führerin und Beraterin auf den oft viel verschlungenen Pfaden der Tuberkulose anzutragen, ist ein vollgültiger Beweis dafür, daß die bekannten Verfasser des trefflichen Lehrbuchs der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose auch mit dem vorliegenden Werk einen äußerst glücklichen Griff getan und den Forderungen des Praktikers mit großem Verständnis Rechnung getragen haben. Die neue Auflage zeichnet sich vor ihren Vorgängerinnen dadurch auf das vorteilhafteste aus, daß die Verfasser es unternommen haben, durch eine große Reihe vorzüglich gewählter bildlicher Darstellungen den Inhalt des Buches dem Leser näher zu bringen und tiefer, als es durch noch so prägnante Beschreibungen möglich, einzuprägen. Gleichzeitig hat eine Umarbeitung bezw. Ergänzung zahlreicher Abschnitte des Buches stattgefunden, soweit die Ergebnisse der neuesten klinischen Tuberkuloseuntersuchung dies nötig machten.

Am meisten trifft dies wohl für die Tuberkulose der Lungen zu, bei deren eingehender Darstellung auch die immer mehr an Ausbreitung gewinnende chirurgische Behandlung und ihre verschiedenen Methoden gebührende Berücksichtigung erfahren haben. Gerade dieses umfangreiche und für den praktischen Arzt wohl wichtigste Kapital des Buches ist mit musterhafter Klarheit dargestellt und nichts übersehen, was für jenen von Interesse und Wichtigkeit sein kann. Das gesamte Arsenal moderner Phthisetherapie wird hier unter strenger Präzisierung der Anwendung jeder therapeutischen Methode vor den Augen des Lesers entrollt; es wird kaum eine Frage geben, die nicht Beachtung und Beantwortung gefunden hätte. Als besonders wichtig für den Arzt hat der Abschnitt: Anstaltsbehandlung, Ueberführung von Privatpatienten in Anstaltsbehandlung, Heilverfahren auf Grund des Reichsversicherungsgesetzes für Angestellte von den Verfassern eingehende Würdigung gefunden.

Nicht minder instruktiv sind die sonstigen Organlokalisationen der Tuberkulose und ihre Behandlungsmethoden erörtert, von denen hier nur der Heliotherapie der sogen. chirurgischen Tuberkulose, wie sie namentlich von Rollier in Leysin mit staunenerregendem Erfolge geübt wird, gedach sei.

Der Enthusiasmus für eine ausschließlich operationslose Therapie geht indes nach den neuesten Erfahrungen über das Ziel hinaus und in vielen Fällen wird nach Ansicht der Verfasser „nur die Kombination der Orthopädie und der physikalischen Heilmethoden mit der Chirurgie das Höchstmaß von Besserungen und Heilungen der Knochen- und Gelenktuberkulose“ erzielen lassen.

Es ist unmöglich, in einer kurzen Besprechung auf die reichen Fälle des Inhalts des vorliegenden Handbuchs näher einzugehen. Die Verfasser haben sich bei ihrer Ausarbeitung von dem Grundgedanken leiten lassen, den praktischen Arzt in den Stand zu setzen, sich mehr als bisher aktiv an dem Kampfe gegen die Tuberkulose zu beteiligen, ihn zu befähigen, das große ärztliche Gebiet, das die Erkennung, Behandlung und Verhütung der Tuberkulose umgreift, sich zu erhalten und nicht an Spezialisten verloren gehen zu lassen. Es darf wohl behauptet werden, daß dieser Wunsch täglich mehr erfüllt wird; den Verfassern gebührt jedenfalls das unzweifelhafte Verdienst, auch durch das vorliegende Werk ein gut Teil hierzu beigetragen zu haben.

Aber nicht nur dem praktischen Arzt, sondern auch dem Medizinalbeamten wird in seiner Eigenschaft als Gutachter und Vertrauensarzt der der staatlichen Versicherungskörper das Buch von außerordentlichem Wert sein; seine Anschaffung kann daher jedem Medizinalbeamten, der sich nicht nur für die epidemiologische, sondern auch für die klinische Seite der Tuberkulose interessiert, aufs wärmste empfohlen werden.

Dr. Hillenberg-Zeitz.

Dr. J. Truzuki-Tokio: **Antiberiberitherapie der Beriberikrankheit.** Leipzig 1912. Verlag von Ambrosius Barth. 8°, 71 S. Preis: geh. 2,20 M.

In der vorliegenden Studie hat Verfasser seine Erfahrungen bei der Bekämpfung der Beriberikrankheit niedergelegt. Er kommt in seinen interessanten Ausführungen zu folgendem Schluß:

1. Die Beriberikrankheit, die sogenannte Tropenberiberi, ist eine Krankheit, die zu der Reisernährung in inniger Beziehung steht.
2. Die Polyneuritis, eine experimentell bei verschiedenen Tieren durch die Reisernährung hervorgerufene Krankheit, ist im Wesen identisch mit der Beriberi der Menschen.
3. Nicht nur Symptome, Sektionsbefunde und verschiedene ätiologische Faktoren, sondern auch die prophylaktischen und therapeutischen Beziehungen der beiden obengenannten Krankheiten stimmen im großen und ganzen überein.
4. Die Aetiologie, die Prophylaxe und die Therapie der Beriberikrankheit lassen sich auf Grund der Tierversuche experimentell weiter erforschen.
5. In der inneren Haut, im sogenannte Silberhäutchen, der Reiskörner, ist eine gegen die Beriberi wirksame Substanz enthalten.
6. Die wirksame Substanz der Silberhäutchen resp. der Reiskleie ist biologisch durch Versuche an Tieren und Menschen gut nachzuweisen.
7. Die wirksame Substanz der Reiskleie, das sogenannte Antiberiberi kann mit Alkohol aus der Reiskleie extrahiert werden.
8. Das Antiberiberi, welches aus dem alkoholischen Extrakt der Reiskleie dargestellt ist, hat eine prophylaktische und therapeutische Wirkung gegen die Beriberi.
9. Die Wirkung des Antiberiberis tritt sowohl bei der Verabreichung per os als auch bei der Injektion zutage.
10. Das Antiberiberi bewirkt die Heilung von der eigentlichen Krankheit der Beriberi.

Rpd jun.

Dr. J. Jessner, San.-Rat in Königsberg i. Pr.: **Lehrbuch der Haut- und Geschlechtsleiden** einschließlich der Kosmetik. I. Band. **Hautleiden und Kosmetik.** Vierte sehr erweiterte Auflage. Mit 33 Abbildungen auf 31 farbigen Tafeln und 7 Abbildungen im Text. Würzburg 1913. Verlag von Kurt Kabitzsch. Gr. 8°, 391 S. Preis: brosch. 9,20 M., gebd. 10 M.

Der auch durch seine dermatologischen Vorträge bekannte Verfasser hat in der neuen Auflage, von der nun der I. Band vollständig vorliegt, das bisherige Kompendium in ein Lehrbuch umgewandelt. Der Band ist den Hautleiden und der Kosmetik gewidmet. Im allgemeinen Teil wird die Anatomie und Physiologie der Haut, die allgemeine Diagnostik, das Verhältnis der

Hautleiden zu inneren Krankheiten, die allgemeine Therapie und die dermatologische Chirurgie behandelt. Im speziellen Teil, dem Verf. sein eigenes, auf pathologisch-anatomischer Basis aufgebautes System zugrunde legt, bespricht er zuerst die verschiedenen dermatologischen Systeme und wendet sich dann den einzelnen Hautleiden zu. Es werden nacheinander abgehandelt die Funktionsnomalien, die Anomalien der Blutverteilung, die Entzündungen, Granulome, Hypertrophien, Neubildungen und repressiven Ernährungsstörungen. Im Anhang folgt eine Besprechung der Parasiten und der Kosmetik; angefügt sind 172 Rezeptformen, auf die im Text hingewiesen ist. Ein ausführliches Namens- und Sachregister bildet den Schluß. Dem Buch sind eine ganze Reihe schöner Abbildungen beigefügt, die eine wertvolle Bereicherung gegen das frühere Kompendium darstellen. Auch die einzelnen Kapitel, besonders das der allgemeinen Therapie, sind gegenüber den früheren Auflagen erheblich erweitert worden. So liegt jetzt ein vollständiges Lehrbuch der Hautleiden vor, das in jeder Beziehung auf der Höhe steht und allen Ansprüchen genügen wird. Rpd. jun.

Dr. J Jessner, San.-Rat in Königsberg i. Pr: **Diagnose und Therapie der Siphilide.** II. Teil: Therapie. III. Auflage. Sanitätsrat Dr. Jessners dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 12. Würzburg 1913. Verlag von Kabitzsch. Kl. 8°. 144 S. Preis: geh. 1,25 M.

Eine umfassende und klare Darstellung der Therapie der Siphilis unter Berücksichtigung der neuesten Forschungsergebnisse. Das 12. Heft der Vorträge des bekannten Verfassers reiht sich seinen Vorgängern würdig an und kann ebenso wie diese zur Anschaffung nur empfohlen werden.

Rpd. jun.

Dr. phil. nat. Croner-Berlin: **Lehrbuch der Desinfektion.** Für Aerzte, Chemiker, Techniker, Tierärzte und Verwaltungsbeamte. Mit 44 Abbildungen. Leipzig 1913. Verlag von Dr. W. Klinkhardt. Gr. 8°, 534 S. Preis: geh. 20 M., geb. 22 M.

In dem vorliegenden Buch will Verfasser einen zusammenhängenden Ueberblick über das Gebiet der Desinfektion geben, der es dem Interessenten ermöglicht, sich in der gewünschten Weise zu orientieren, ohne erst die umfangreiche Literatur durchsuchen zu müssen. Das Desinfektionswesen sei heute keine Domäne der Medizin mehr, sondern auch der Chemiker und Techniker habe seinen Anteil daran; hierdurch sei Gefahr vorhanden, daß die veröffentlichte Literatur zersplittere, und dem will Verfasser vorbeugen. Den Teil der Desinfektion, der reine Domäne der Medizin ist, läßt er unberücksichtigt oder streift ihn nur kurz; er beschränkt sich auf das, was man im Volksmund unter Desinfektion versteht, nämlich auf die Abtötung von pathogenen Keimen durch physikalische und chemische Methoden ohne jede Mitarbeit des menschlichen oder tierischen Organismus. Die ersten Kapitel sind allgemeinen Bemerkungen über Infektionserreger und Geschichte der Desinfektion gewidmet. In der dem ersten Kapitel beigegebenen Tabelle ist bei 4 Diphtherie, bei 7 Scharlach vergessen. Es folgen dann die verschiedenen Desinfektionsmethoden, die physikalischen und chemischen, sowie ihre Wirkungen. Der 2. Teil des Buches ist der speziellen Desinfektion gewidmet; besprochen werden zuerst die Bestimmungen und der Ausbau des Desinfektionswesens und dann die einzelnen Desinfektionsverfahren für sich und bei den verschiedenen Objekten. Die letzten Kapitel gehen auf die Desinfektion in der Tiermedizin und Landwirtschaft ein. Den Schluß bilden ein ausführliches Sach- und Autorenverzeichnis. Auch im Text ist immer wieder auf die spezielle Literatur hingewiesen. Eine ganze Reihe guter Abbildungen unterstützt das Verständnis. Rpd. jun.

Dr. Hüetlin-Freiburg: **Mnemotechnik der Rezeptologie.** Leicht faßliche Anleitung zum Erlernen der durch die Pharmakopoe vorgeschriebenen Maximaldosen auf mnemotechnischem Wege. Vierte vermehrte und verbesserte Auflage. Wiesbaden 1913. Verlag von J. F. Bergmann. 12°, 34 S. Preis: 1,20 M.

Wer für derartige Hilfsmittel schwärmt und sich ohne diese die Maximaldosen nicht merken kann, dem gibt das Büchlein eine brauchbare und leicht zu erfassende Anleitung. Rpd. jun.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstag. In der Gewerbekommission hat das Zentrum in der Sitzung vom 29. v. Mts. bei Beratung der Gesetznovelle über Beschränkung des Hausierhandels usw. nachstehenden Gesetzentwurf, betr. den **Verkauf und die Ankündigung von Gegenständen, die zur Verhütung der Empfängnis oder zur Beseitigung der Schwangerschaft bestimmt sind,** eingebracht: „§ 1. Der Bundesrat kann den Verkauf mit Gegenständen die zur Verhütung der Empfängnis oder zur Beseitigung der Schwangerschaft bestimmt sind, beschränken oder untersagen. Sobald der Bundesrat den Verkehr mit einzelnen Gegenständen untersagt hat, ist deren Einfuhr verboten. § 2. Mit Geldstrafe bis zu 150 M oder mit Haft wird bestraft, wer einer Verkehrsbeschränkung oder einem Verkehrsverbot oder einem Einfuhrverbot (§ 1) zuwiderhandelt. Ist der Verkehr oder die Einfuhr verboten, so kann neben der Strafe auf Einziehung der Gegenstände erkannt werden, sofern sie dem Täter oder einem Teilnehmer gehören. Ist die Versorgung oder die Verurteilung einer bestimmten Person nicht ausführbar, dann kann auf die Einziehung selbständig erkannt werden. § 3. Mit Gefängnis bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 1500 M oder mit einer dieser Strafen wird, wenn nicht nach anderen gesetzlichen Bestimmungen eine schwerere Strafe verwirkt ist, bestraft, wer Gegenstände, die zur Verhütung der Empfängnis oder zur Beseitigung der Schwangerschaft bestimmt sind, öffentlich ankündigt oder anpreist. Diese Bestimmungen finden keine Anwendung, soweit die Ankündigung oder Anpreisung in wissenschaftlichen Fachkreisen, auf dem Gebiete der Medizin oder Pharmazie erfolgt."

In der Besprechung wurden lebhafte Klagen über den Geburtenrückgang laut. Gegen die beantragte gesetzliche Regelung erklärten sich nur die Sozialdemokraten, weil sie einen Eingriff in das private Leben darstelle. Der Präsident des Reichsgesundheitsamts legte die Notwendigkeit und Pflicht gesetzlichen Vorgehens dar. Es wäre geradezu eine Sünde, wollte man länger untätig zusehen. Ein Vertreter des Ministeriums des Innern stellte sich auf den gleichen Standpunkt. Das Zweikindersystem sei der Selbstmord einer Nation. Die Anpreisung gewisser Mittel sei in Deutschland ein öffentlicher Skandal geworden. Der geforderte Gesetzentwurf sei ein geeigneter Weg zur Abhilfe. Beschlüsse wurden noch nicht gefaßt.

Der bekannte Giftmordprozeß **Hopf** (**Frankfurt a. M.**), bei dem es sich zum ersten Male um **Vergiftungsversuche mit Bakterienkulturen** handelte, hat im Reichstage Veranlassung zu einer kurzen Anfrage an den Reichskanzler gegeben, ob er bereit sei, „die nötigen Schritte zu tun, um eine Ergänzung der deutschen Gesetze und Verordnungen über den Handel mit Giften durch Einbeziehung seuchenerregender Mikroorganismen in das amtliche Verzeichnis sowie eine internationale Regelung des Handels mit Gift und solchen Mikroorganismen in Anlehnung an § 12 der preußischen Landespolizeiverordnung vom 22. Februar 1906 in die Wege zu leiten." Diese Anfrage wurde in der Sitzung vom 23. v. Mts. von dem Direktor im Reichsamt des Innern v. Jonquières dahin beantwortet, daß die bisherigen Vorschriften über das Arbeiten und den Verkehr mit Krankheitserregern (Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 4. Mai 1904) bis dahin genügt haben, „um den Mißbrauch von Bakterienkulturen und Gesundheitsfährdungen vorzubeugen; sie scheinen auch Hopf von dem Versuch abgehalten zu haben, sich in Deutschland Bakterienkulturen zu verschaffen. Unabhängig von dem Frankfurter Prozeß ist aber schon vor einiger Zeit das Kaiserliche Gesundheitsamt veranlaßt worden, zu prüfen, ob sie noch allen Anforderungen entsprechen. Die Erfahrungen des Prozesses werden hierbei berücksichtigt werden; sie veranlassen insbesondere zu erwägen, ob auf dem Wege internationaler Vereinbarung Schutz gegen den Bezug aus dem Auslande geschaffen werden kann. Die reichsrechtlichen Vorschriften über die Arbeiten und den Verkehr mit Krankheitserregern mit den landesrechtlichen Vorschriften über den Handel mit Giften zu verbinden, wird sich bei der Verschiedenheit dhs Gegenstandes und der Rechtsgrundlage nicht empfehlen."

Der Geschäftsausschuß des Deutschen Aerztevereinsbundes hat zu dem Gesetzentwurf betr. Aenderung der **Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige** eine Petition gerichtet, in der dieser um Aufnahme einer Zusatz-

bestimmung gebeten wird, dahin lautend: „Wo staatliche Gebührenordnungen bestehen, sind unter dem üblichen Preis die darin vorgesehenen Sätze für Leistung und Zeitversäumnis zu verstehen.“ Begründet wird dieser berechtigte Antrag damit, daß der § 13 des Gesetzentwurfes, wonach die Gebühren nach den für die beamteten Aerzte bestehenden Taxvorschriften zu bemessen seien, eine schwere Ungerechtigkeit gegen die praktischen Aerzte bedeute, da diese Gebührensätze mit Rücksicht darauf, daß Beamte Anspruch auf Gehalt und Pensionsberechtigung hätten, viel zu niedrig seien. Der praktische Arzt erfülle bei Abgabe seines Gutachtens vor Gericht oder auf Verlangen eines solchen einen Teil seiner Berufstätigkeit und habe daher Anspruch darauf, daß ihm diese Leistung nach Sätzen entlohnt werde, die innerhalb der Gebührenordnung für praktische Aerzte liegen, und nicht nach Sätzen, die eigens mit Rücksicht auf die Gehälter und sonstigen Rechte beamteter Aerzte festgesetzt seien.

Die Vereinigung selbständiger Apotheker im Drogenfach hat unter dem 23. Januar 1914 in bezug auf die **Apotheken-Reform** folgende Petition an den Reichstag gerichtet:

„Der hohe Reichstag wolle beschließen, daß die notwendigen Aenderungen der Gewerbe-Ordnung unverzüglich vorgenommen werden, welche das Apothekenwesen aus der Gewerbe-Ordnung herausnehmen, um für die so notwendige Apothekenreform auf landesgesetzlichem Wege freie Bahn zu schaffen. Die Apothekenreform harrt schon seit Jahrzehnten der Erledigung und haben sich unhaltbare Znstände im Laufe der Jahre herausgebildet.“

Aus dem Abgeordnetenhause. Die **Budgetkommission** führte am 3. d. M. die **Beratung des Etats des Innern** zu Ende. Einen breiten Raum in den Erörterungen nahm das Kapitel **„Medizinalwesen“** ein. Der Berichterstatter besprach den Streik der Kassenärzte und fragte, ob und wie weit die Einigungsverhandlungen gediehen sind. Der Minister teilte mit, daß in Breslau noch keine Einigung erzielt sei. Ein Regierungsvertreter machte sodann Mitteilungen über den Geburtenrückgang. Danach hat sich das Verhältnis zwischen Geburten und Sterbeziffer nicht verschlechtert; auch ein Rückgang der Eheschließungen ist bisher nicht festzustellen. Die Tatsache freilich, daß man auch in den niederen Schichten an eine Einschränkung der Geburtenzahl denke, lasse sich nicht leugnen. Abhilfe könne weniger durch Polizeimaßregeln, als vielmehr durch Belehrung geschaffen werden. Nichtsdestoweniger sollen antikonzeptionelle Mittel dem freien Verkehr entzogen werden. Ein konservatives Kommissionsmitglied bespricht die Frage betr. den Titel eines „Dr. med. dent.“ und die Schulzahnpflege. Vom Regierungstisch wird erklärt, daß über die Einführung des „Dr. med. dent.“ noch Erwägungen schweben, daß man sich aber höchstwahrscheinlich dahin entscheiden werde, den Titel nicht einzuführen. Hinsichtlich der Schulzahnpflege wird weitere tatkräftige Förderung zugesagt. Zuletzt entstand noch eine längere Diskussion über die Bekämpfung der Krebskrankheit, wobei vom Berichterstatter der Wunsch ausgesprochen wurde, der vielfach Unterstützung fand, daß der Staat eine größere Summe zum Ankauf von Radium und Mesothorium zur Verfügung stellen und die beiden Mittel an finanziell ungünstig gestellte Provinzkrankenhäuser verteilen möge.

Die konservative und freikonservative Partei sowie das Zentrum haben zum Etat des Ministeriums des Innern den Antrag gestellt, die Staatsregierung zu ersuchen, einen Gesetzentwurf vorzulegen, wonach die **Fürsorge für die gemeingefährlichen Geisteskranken,** soweit sie nicht gemäß dem Gesetze vom 11. Juli 1891 dem Landarmenverbande obliegt, vom Staate übernommen wird.

Im Fürstentum Schwarzburg-Rudolstadt ist jetzt durch Verordnung vom 2. Dezember 1913 (s. Beilage „Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung“ zur heutigen Nummer, S. 21) die **Anzeigepflicht für alle Fälle von sog. offener Tuberkulose** eingeführt. Die Anzeige liegt allerdings nur dem Arzte ob und beschränkt sich somit auf die in ärztlicher Behandlung befindlichen Fälle; es liegt daher die Gefahr vor, daß derartige Kranke künftighin ärztliche Hilfe weniger in Anspruch nehmen, um sich der ihnen unangenehmen Anzeige zu entziehen.

Todesfall. Am 15. v. M. ist in Dresden das frühere langjährige Mitglied des Deutschen Medizinalbeamtenvereins, Geh. Rat Dr. **Guido Weber**, früher Direktor der Königl. Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein i. Sachsen, und Ehrenmitglied des Landesgesundheitsamts im Alter von 77 Jahren gestorben. Er erfreute sich unter seinen Berufsgenossen, namentlich bei den Psychiatern, des größten Ansehens und infolge seines biederen, liebenswürdigen und offenen Charakters einer allseitigen Beliebtheit. Ehre seinem Andenken.

Pest. In Aegypten sind vom 3.—16. Januar wieder 3 Erkrankungen und Todesfälle an der Pest vorgekommen; in Britisch-Ostindien sind vom 7.—27. Dezember: 4446 (3409), 6869 (5724) und 4891 (4487) Personen an der Pest erkrankt (gestorben), in Niederländisch-Indien vom 17. bis 30. Dezember: 472 (434), vom 31. Dezember bis 13. Januar: 507 (451), in Hongkong (Viktoria) vom 30. November bis 27. Dezember: 29 (19), in Mauritius vom 24. Oktober bis 20. November: 54 (36), in Brasilien (Bahia) vom 16. November bis 13. Dezember: 14 (7), in Ecuador im Oktober und November v. J.: 108 (33), 197 (85).

Cholera. Die Zahl der Choleraerkrankungen (Todesfälle) betrug in Bosnien vom 2.—31. Dezember v. J.: 8 (4) — seitdem ist dieses Land cholerafrei; — in Konstantinopel vom 5.—18. Januar: 15 (8), auf den Philippinen (Manila) vom 30. November bis 13. Dezember v. J.: 8 (4).

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 28. Dez. 1913 bis 10. Jan. 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rückfallfieber, Pocken, Fleckfieber, Aussatz: — (—); Tollwut: — (—), 1 (—); Milzbrand: 1 (—), 3 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: — (—), 12 (—); Unterleibstyphus: 103 (14), 180 (12); Ruhr: 1 (—), 2 (—); Diphtherie: 1353 (107), 1827 (139); Scharlach: 1088 (43), 1606 (66); Kindbettfieber: 69 (22), 98 (19); Genickstarre: 3 (1), 4 (3); spinaler Kinderlähmung: — (1), 4 (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: — (—), 50 (—); Rotz: 1 (—), — (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 34, 65; Tuberkulose (gestorben) 551, 737.

Sprechsaal.

Anfrage des Medizinalrats Dr. D. in L.: Von welchem Datum und welchem Gericht ist die Entscheidung, daß Krankenhausärzte berechtigt sind, Mitteilung über Krankenkassenmitglieder den Krankenkassen, über Angestellte dem Arbeitgeber zu machen, ohne daß hierdurch das Schweigegebot übertreten wird?

Antwort: Urteil des Badischen Verwaltungs-Gerichtshofes vom 14. November 1905 (Beilage zur Nr. 8 der Zeitschrift für Medizinalbeamte 1906, S. 57), das sich allerdings in erster Linie auf die Auskunfterteilung von Krankenkassenärzten bezieht, aber auch auf diejenigen von Krankenhausärzten sinngemäße Anwendung finden dürfte. (Siehe auch Rapmund-Dietrich: Aerztliche Rechts- und Gesetzeskunde, II. Aufl. S. 164—173.)

Zu der in der vorigen Nummer Seite 87 der Zeitschrift beantworteten Anfrage betreffend Atteste für Zöglinge des Oberlyzeums erhält die Redaktion von Herrn Kreisarzt Dr. Kirchgaeßer in Coblenz folgende beachtenswerte Zuschrift: „Was zunächst die Stempelpflicht betrifft, so hat das hiesige Provinzial-Schulkollegium nach Benehmen mit der Steuerbehörde mir auf Anfrage Anweisung erteilt, diese Atteste zu verstempeln. Sie sind außerdem m. E. den Attesten völlig gleich zu stellen, die die Kandidaten des höheren Lehramts nach Vollendung des Universitätsstudiums und bestandener Staatsprüfung vor Ableistung des Seminarjahrs (praktischen Jahrs) beibringen müssen, da die Damen des Oberlyzeums bereits die Prüfung als Lehrerin für höhere Schulen bestanden haben und das Attest zwecks Zulassung zum praktischen Jahr bedürfen. Demzufolge ist der Kreisarzt auch berechtigt, nach Tarif B, Ziffer 16, (3—6 M.) zu liquidieren."

Nach nochmaliger Prüfung der Frage erscheint dem Herausgeber die vorstehende Ansicht für zutreffend; die in Nr. 2 auf Grund ihm zu Teil ge-

wordener Auskunft erteilte Antwort würde somit dementsprechend zu berichtigen sein.

Zu der in Nr. 2 der Zeitschrift, S. 87 erteilten Antwort auf die Anfrage betreffend das Rad-Jo hat die Firma Vollrath Wasmuth-Hamburg der Redaktion eine Zuschrift zugestellt, in der sie darauf aufmerksam macht, daß nach ihrer Ansicht

„1. keine öffentliche Anpreisung vorliegt, weil die Rad-Jo-Prospekte um die Amol-Flaschen gewickelt sind und das Ganze wieder von einer Amol-Faltschachtel verschlossen ist;

2. daß der angepriesene Artikel Rad-Jo kein Heilmittel ist, eine Geburt ist keine Krankheit, und hierbei verweisen wir auf anliegende 2 Prospekte;

3. ist die Anpreisung keine reklamehafte, da die Behauptungen erweislich wahr sind. Wir geben außerdem auch nur Original-Zeugnisse wieder."

Trotz dieser Berichtigung, die hiermit den Lesern der Zeitschrift zur Kenntnis gebracht wird, halten wir die in der vorigen Nummer erteilte Auskunft für zutreffend, da eine öffentliche Anpreisung auch bei Benutzung von Einwickelpapieren vorliegt, das Rad-Jo ohne Unterschied als Mittel zur Erzielung fast schmerzloser Entbindungen, also auch bei krankhaften Zuständen empfohlen wird und die den Prospekten beigefügten „Originalzeugnisse" einen reklameartigen Charakter tragen.

Die Apothekerzeitung kann sich über unsere Auskunft betreffs **Arsa-Lecin** (s. Nr. 2 der Z. f. M., S. 87) noch immer nicht beruhigen. Sie schreibt in Nr. 7:

„Daß die Einverleibung eines arsenhaltigen „Kräftigungsmittels" ein „wirtschaftlicher Zweck" sein soll, ist eine Auslegung, die man bisher selbst in Drogistenblättern nicht angetroffen hat. Wundern würden wir uns allerdings nicht, wenn die Drogisten sich nunmehr diese Auslegung zunutze machen würden. Auch das Heranziehen des Begriffes Vorbeugungsmittel, den die Kaiserliche Verordnung nicht kennt, und der ein Produkt drogistischer Gesetzesauslegung ist, muß im höchsten Grade befremden.

Man kann nur hoffen, daß die Ansicht der „Zeitschrift für Medizinalbeamte" von den Medizinalbeamten selbst nicht geteilt wird, da sonst dem ungesetzlichen Handel mit Arzneimittel Tür und Tor geöffnet. Jedenfalls zeigt die Auslegung, daß man in der Redaktion der Zeitschrift für Medizinalbeamte den Zweck der Medizinalgesetzgebung vollkommen verkennt."

Auf die Erfüllung dieser Hoffnung wird die Redaktion der Apothekerzeitung wohl verzichten müssen; denn von einer vollkommenen Verkennung des Zweckes der Medizinalgesetzgebnng kann nicht die Rede sein gegenüber der Tatsache, daß der Begriff „Vorbeugungsmittel" nicht ein Produkt drogistischer Gesetzesauslegung, sondern, was einem pharmazeutischen Fachblatt eigentlich bekannt sein müßte, das Ergebnis der ständigen Rechtsprechung ist. Daß aber im Gegensatz zu Heilmitteln, die medizinischen Zwecken dienen, Kräftigungsmittel als Nährzwecken und damit wirtschaftlichen Zwecken dienend anzusehen sind, dürfte auch nur in der Apothekerzeitung bezweifelt werden.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Die **diesjährige Hauptversammlung** des Preußischen Medizinalbeamtenvereins wird voraussichtlich am **Dienstag, den 21. April** in Berlin stattfinden. Etwaige Vorträge, Diskussionsgegenstände oder sonstige Wünsche für die Tagesordnung sind bis zum 15. Februar d. J. bei dem Unterzeichneten anzumelden.

I. A.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Vorsitzender.

Mitteilung für die Leser der Zeitschrift.

Der heutigen Nummer der Zeitschrift ist außer dem **Inhaltsverzeichnis für das Jahr 1913** auch der noch zum Jahrgang 1913 gehörende **Offizielle Bericht über die IX. Haupt-Versammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins** beigefügt.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

. Jahrgang; Nr. 4. Ausgegeben am 20. Februar 1914.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:
Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch
J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 4.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Sanitätsrat: den Sanitätsräten Dr. M. Bresgen in Wiesbaden, Dr. Max de Camp in Lauenburg i. P., Dr. Ludwig Caplik und Dr. Joh. Düvelius in Berlin, Dr. O. Dyhrenfurt in Breslau, Dr. Ad. Eysell in Cassel, Dr. Samuel Fabian und Dr. Wilh. Gesenius in Berlin, Dr. A. Gilles in Cöln, Dr. August Hoffmann in Berlin, Dr. Herrnstadt in Lissa i. P., Dr. Eug. Jonas in Liegnitz, Dr. Kaulen in Wevelinghoven, Dr. Heinrich Körner in Breslau, Dr. M. Kube in Kostschin, Dr. H. Michels in Nauen, Dr. Max Ohlemann in Wiesbaden, Dr. W. Pfannkuch in Cassel, Dr. H. Protze in Vohwinkel-Hammerstein, Dr. R. Ramdohr in Düben, Dr. O. Schmitz in Düsseldorf, Dr. A. Schultz in Recklinghausen, Dr. Herm. Stäps in Dort-

mund, Dr. W. Wirth in Neunkirchen, Dr. K. Wolff in Griesheim und dem Arzt Dr. Herm. Tiedemann in Bergedorf b. Hamburg; — der Charakter als Sanitätsrat: den Aerzten Dr. R. Aschenbach in Bad Schmiedeberg, Dr. Rich. Behm in Witten a. Ruhr, Dr. Georg Bein in Charlottenburg, Dr. H. Blanck in Köslin, Dr. Bleudorn in Plathe, Dr. Karl Bloch in Berlin. Dr. Boie in Wesselburen, Dr. Braschoß in Gevelsberg, Dr. Aug. Brück in Wiesbaden, Dr. Brühl in Eltville, Dr. Bücking in Clenze, Dr. Caro in Landsberg a. W., Dr. Christiani in Senden, Dr. Crusius in Alt Landsberg, Dr. Dammer in Süchteln, Dr. Deisting in Kierspe, Dr. Walter Döhring in Königsberg i. Pr., Dr. Dunkel in Altena i. W., Dr. Fichtel in Hannover, Dr. Julius Fischer in Berlin-Pankow, P. Fischer in Friedenshütte (O.-S.), Dr. Kurt Foß in Berlin-Steglitz, Dr. Alfred Friedländer in Berlin-Schöneberg, Dr. Friedr. Friedrichsen in Neuenahr, Dr. Max Gerheim in Wiesbaden, Dr. Gläßgen in Bad Münster a. St., Dr. Max Glaß, Dr. Karl Goedicke und Dr. Klem. Goette in Berlin, Dr. Greif in Tecklenburg, Dr. Haß in Hohn, Dr. Havensten in Halle a. S., Dr. Hecht in Nowawes, Dr. Heise in Belgard, Dr. Henrichsen in Schwanheim, Dr. Paul Heyn in Breslau, Dr. Wolf Hirsch in Frankfurt a. M., Dr. Aug. Hülsmann in Solingen, Dr. Adolf Jacoby in Berlin, Dr. Fabian Kaliski in Breslau, Dr. Heinrich Kayser in Frankfurt a. M., Dr. Kindler in Rietschen, Dr. Kluge in Sarstedt, Herm. Köhler in Halver, Dr. Kohlmetz in Sprockhövel, Dr. Kuhlmey in Bergen a. D., Dr. Max Leichtentritt in Berlin, Dr. Leporin in Kuhnern, Dr. Viktor Löwenthal in Frankfurt a. M., Dr. Maiweg in Langendreer, Dr. Menke in Wermelskirchen, Dr. Robert Müllerheim in Berlin, Dr. Mnlert in Schlawe, Dr. Louis Neumann in Breslau, Dr. Nützel in Hattersheim, Dr. Panitz in Jannowitz, Dr. Walter Pietrusky in Breslau, Dr. Max Piorkowski in Stettin, Max Plathe in Neutrebbin, Dr. Fritz Reich in Wiesbaden, Dr. Henry Rocco in Halle a. S., Dr. Paul Rosenberg in Berlin-Friedenau, Dr. Max Runge in Berlin, Dr. Karl Samuel in Stettin, Dr. Schattenberg in Stolberg a. H., Dr. Schmitz in Burgwaldniel, Dr. Schömann in Neustettin, Dr. Karl Schulte in Hamm, Dr. Joh. Seyffert in Sangerhausen, Dr. Sievers in Uelzen, O. Siewers in Artlenburg, Dr. Herm. Spamer in Höchst a. M., Dr. Max Sperling in Königs-

berg i. Pr., Dr. Max Spitz in Breslau, Dr. Steinhardt in Königsberg O. S., Dr. Richard Stern und Dr. Wilh. Stroh in Frankfurt a. M., Dr. Fr. Tuch in Hannover, Dr. Veltmann in Recklinghausen, Dr. Leopold Walter in Frankfurt a. M., Dr. Robert Weiermiller in Bersin-Schöneberg, Dr. Chr. Werner in Bad Ems, Dr. Eugen Wollenberg in Königsberg i. Pr., Dr. Karl Zausch in Halle a. S. und Dr. Zimmermann in Hannover; — das Prädikat Professor: dem Augenarzt Dr. Küpper in Elberfeld; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. Merrem in Danzig-Langfuhr, den Stabs- u. Bataillonsärzten Dr. Eckert in Berlin, Dr. Otto in Spandau und Dr. Brüning in Coblenz, den Stabsärzten Dr. Kohl und Dr. Aumann in Berlin; — der Kronenorden IV. Klasse: dem Assistenzarzt Dr. Regendanz in Hamburg; — die Krone der Ritter des Königl. Hausordens von Hohenzollern: dem Geh. Med.- u. Reg.-Rat, Geh. Hofrat Dr. Schwaß in Sigmaringen; — die Rote Kreuzmedaille III. Klasse: dem Oberarzt des städtischen Krankenhauses Dr. Dahlheim in Remscheid.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Offizier-Ehrenkreuzes des Fürstlich Schaumburg-Lippischen Hausordens: dem Generaloberarzt Dr. Hoenow in Kassel; — des Ritterkreuzes I. Klasse des Herzoglich Brauuschweigischen Ordens Heinrichs des Löwen: dem Abteilungsvorsteher im Königlichen Instituts für Infektionskrankheiten „Robert Koch“, Oberstabsarzt der Reserve, Professor Dr. Otto in Berlin; — des Komturkreuzes II. Klasse des Herzoglich Sachsen-Ernestinischen Hausordens: dem Fürstlich Hohenzollernschen Leibarzt, Geh. Hofrat, Regs.- und Geh. Med.-Rat Dr. Schwaß in Berlin; — des Fürstlich Reußischen Ehrenkreuzes III. Klasse: dem praktischen Arzt Dr. Peplau in Potsdam; — des Ritterkreuzes des Kaiserlich Oesterreichisehen Franz Josephordens: dem Konsulararzt Dr. Lapp in Frankfurt a. M.; des Ritterkreuzes des Päpstlichen Ordens des heiligen Gregorius des Großen: dem Geh. San.-Rat Dr. Küpper in Elberfeld.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Geißler in Stettin zum Kreisarzt in Preuß. Holland; der prakt. Arzt Dr. Rathe in Breslau zum Kreisassistenzarzt und Assistent beim Medizinal-Untersuchungsamt in Stettin; der bisherige Privatdozent Dr. Walter in Greifswald zum etatsmäßigen wissenschaftlichen Mitgliede des Königl. Instituts für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ in Berlin; die außerordentlichen Mitglieder der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf: Prof. Dr. Müller, Prof. Dr. Oertel und Dr. Stein zu ordentlichen Mitgliedern dieser Akademie.

Gestorben: Dr. Roller, leitender Arzt der Heilanstalten in Kropp

(Schleswig), Geh. Med.-Rat Dr. v. Kobyletzki, Kreisarzt a. D. in Berlin, San.-Rat Dr. Karl Wollheim in Berlin, Oberstabsarzt a. D. Prof. Dr. Nietner, Generalsekretär des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose in Berlin-Charlottenburg, Oberstabsarzt a. D. Dr. Hermann Schmidt in Nordhausen, Dr. Fabius Kaliski in Breslau, Geh. San.-Rat Dr. Ernst Harmsen in Lüneburg, Generaloberarzt a. D. Dr. Emil Riedel in Potsdam, Dr. Michelson in Czarnikau, Dr. Karl Baur in Frankfurt a. M., Dr. Engel in Engers a. Rhein.

Königreich Bayern.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Böhm, Bezirksarzt a. D. in Augsburg, Dr. Oskar Siber und Dr. Georg Schmitz in Würzburg.

Königreich Sachsen.

Versetzt: Der Bezirksarzt Dr. Boeters in Doebeln in gleicher Eigenschaft nach Marienberg.

Gestorben: Dr. Hermann Brandt aus Leipzig in Neu-Strelitz.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Sanitätsrat: dem prakt. Arzt Dr. Göz in Nürtingen.

Ernannt: Med.-Rat Dr. Pfäfflin, Oberamtsarzt in Urach, zum vollbesoldeten Oberamtsarzt für die Oberämter Urach und Nürtingen.

Gestorben: prakt. Arzt Dr. Reinhold Franck in Fellbach (Oberamt Cannstadt).

Grossherzogtum Baden.

Gestorben: Dr. Ludwig Weng aus Eppingen in Karlsruhe, Dr. Rud. Frey in Durmersheim bei Rastatt.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Professor: dem Arzt Dr. Karutz in Lübeck.

Gestorben: Dr. M. Hoff in Allermöhe bei Hamburg, Dr. Bührmann in Bremen, Geh. San.-Rat Dr. Kahleyß in Dessau.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **E. Merck** in **Darmstadt** über **„Magnesium-Perhydrol“** bei, worauf wir noch besonders hinweisen.

---

27. Jahrg. Zeitschrift 1914.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 4.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Febr.

Vom Kampf gegen Unzucht und Unsittlichkeit.

Von Dr. B. Schlegtendal, Reg.- und Geh. Med.-Rat in Berlin.

Unter der Ueberschrift „zur willkürlichen Beschränkung der Geburtenzahl“ hat Kollege Jorns in Nordhausen im 2. Heft des laufenden Jahrgangs dieser Zeitschrift (S. 53 f.) eine Anzahl von Beobachtungen und Erfahrungen zusammengestellt, die überaus lesens- und dankenswert sind. Sie sind wohl den meisten Lesern grundsätzlich bekannt, und ohne Zweifel wird die Mehrzahl der Medizinalbeamten mit dem Verfasser auch in dem Bedauern übereinstimmen, daß auf dem von ihm besprochenen Gebiete bisher so wenig getan werden konnte. Einer ganz erschreckenden Bewegung, die auf sittliche Verseuchung und letzthin auch auf gesundheitliche Gefährdung wertvollster Teile unseres Volkes mit rücksichtslosestem und raffiniertestem Zielbewußtsein hinarbeitet, stehen bisher die Stellen, die dagegen angehen müssen, vielfach untätig gegenüber. Teils fehlt manchem überhaupt ein rechtes Verständnis für die tatsächlich erwachsenden Schäden, ein Empfinden für die Zerstörungen im sittlichen Kern des Volkes, teils fehlt dem Einzelnen der Mut, allein hervorzutreten und den Kampf aufzunehmen, und das Glück,

unter denen, die ihm helfen sollten, Gefolgschaft und Unterstützung zu finden, teils mangelt es an Erfahrungen, die andere schon gemacht haben und denen man gern folgen möchte, teils — und das war bislang das Bedauerlichste — herrschte eine unglückliche Unsicherheit darüber, was gegen die Mißstände nach Lage der Gesetzgebung überhaupt möglich und nach der Auffassung der höheren Instanzen aussichtsvoll war. Ich verdanke Jorns die Anregung zu nachfolgenden Mitteilungen, deren Wert für die Kollegen ich namentlich darin finden möchte, daß einige Wege angegeben werden können, die hier in Berlin sich als gangbar erwiesen haben. Vielleicht findet danach der eine oder andere den Entschluß, seinerseits mitzuhelfen, oder aber er kann sich doch hierauf berufen, wenn etwa Polizeibehörden zaghafter sein oder Vertreter der Staatsanwaltschaft noch Bedenken hegen sollten, die nicht mehr berechtigt sind.

Niemand wird bedauern, wenn ich mich kurz fasse und möglichst auf solche Mitteilungen beschränke, die Erlebnisse wiedergeben oder sonstwie unmittelbar praktisch verwendbar sind.

Ich beginne mit dem **Kampf gegen die Frauenduschen.** Ob sie Gloria-, Viktoria-, Frauenwohl-, Ladysfriend-Duschen oder sonstwie heißen, ist gleichgiltig; sie werden jetzt als empfängnisverhütende Geräte nach § 184,3 verfolgt. Sie sind wohl schon 12—15 Jahre vorhanden gewesen, führten aber ein stilles Dasein, bis die öffentlichen Versammlungen die Ehefrauen über die Last und die Gefahren mehrerer Kinder belehrten, Tausende von Drucksachen erschienen und Hunderte von Agenten loszogen, die neue Botschaft jeder Frau einzeln ins Ohr zu sagen und allmählich das Volk und die Händler an Scham verloren. Da erschienen diese Duschen und Spülapparate in natura oder im Bilde (die Pappschachteln usw. tragen dasselbe wohl stets) oder in Form der illustrierten Gebrauchsanweisung überall in den Schaufenstern der Bandagisten, der Drogisten usw., oft gleich zu Dutzenden auf einmal, womöglich im Verein mit den Uterinspritzen in Form der Zinn-Klistierspritzen usw. Diese Entwicklung war so verblüffend vor sich gegangen, daß die Aufsichtsbehörde eine Zeitlang nicht wußte, ob und was dagegen zu machen sei.

Seit einigen Wochen ist es hier damit anders geworden; man wird weder in den Schaufenstern noch in den Läden selbst innerhalb des Landespolizeibezirks Berlin noch leicht etwas davon zu sehen bekommen.

Die Polizeibehörde hat im vergangenen Jahre begonnen, einige Duschen zu beschlagnahmen und gegen die Verkäufer Einleitung des Verfahrens zu beantragen. Die Staatsanwaltschaft [1])

[1]) Es sei an dieser Stelle daran erinnert, daß der Staatsanwaltschaft bei dem Königlichen Landgericht I Berlin NW. 52 die Zentralstelle zur Bekämpfung von Schmutz und Schund angegliedert ist. Dieser Zentrale ist ohne Zweifel ein gut Teil des Erfolges zu verdanken. Gegebenenfalls dürfte sie, wie ich nicht zweifle, bereit sein, Auskunft zu erteilen und für die zu ergreifenden Maßnahmen Rat zu geben.

griff die Sache auf, das Gericht eröffnete das Verfahren, in einer Reihe von Fällen wurde ich beauftragt, ein schriftliches Gutachten zu erstatten. Danach fand, wie vorgeschrieben, mit Ausschluß der Oeffentlichkeit vor der zuständigen Strafkammer der Verhandlungstermin statt; ich mußte mich wiederum gutachtlich äußern, und dann erfolgte die Verurteilung des Beklagten, zumeist zu 10 M. usw., einschließlich Einziehung der beschlagnahmten Apparate und Druckschriften und zuzüglich der Gerichtskosten. Inzwischen habe ich vor Strafkammern der drei hiesigen Landgerichte den Verlauf der Sache verfolgen können; bisher erfolgte die Bestrafung, so mannigfaltig die Verhältnisse in den einzelnen Fällen sein mochten, ausnahmslos, so daß ich hoffen darf, daß die etwa 15 Termine, zu denen ich einstweilen noch geladen bin, gleicherweise verlaufen werden.

Bei der Begutachtung kam mir folgendes, je nach Lage der Verhältnisse im einzelnen, in Betracht.

Die Spülapparate bestehen stets im wesentlichen aus:

1. dem Ballon aus weichem Gummi, in den die Spülflüssigkeit aufgesogen wird;
2. dem leicht gebogenen dicken Ansatzrohr aus hartem schwarzen Gummi oder seltener auch aus rotem Weichgummi oder auch bei der „St. Petersburger Reform-Spritze“ aus Glas; das vordere Ende war früher mit mehreren Ausflußöffnungen versehen; letzthin erfolgt der Ausfluß aus einer kreisförmigen Rille unterhalb der letzten, abschraubbaren Spitze; neuerdings sah ich auch Spritzen, wo für das ausfließende Wasser außer dieser kreisförmigen Rille noch eine zentrale Oeffnung an der Spitze des Kopfes „zur Bespülung des Muttermundes“ zur Verfügung stand;
3. der in der Mitte des Apparates verschiebbar angebrachten Manschette aus rotem Weichgummi.

Wird das mit Wasser oder dergleichen gefüllte Gerät in die Scheide geführt, so wird es so tief eingeschoben, bis die Manschette (Ziffer 3) dem Scheideneingang so fest anliegt, daß er völlig verschlossen ist. Sobald nun der Ballon zusammengepreßt wird, entströmt das Wasser schnell und mit entsprechendem Drucke scheibenförmig der Rille, trifft sofort allseitig die Scheidenwände und spült sie ab; eventuell (siehe oben) geht ein besonderer Strahl auf den Muttermund zu, um unmittelbar auch ihn abzuwaschen. Da der Scheidenausgang gleichzeitig verschlossen bleibt, dehnt das Wasser die Scheidenhöhle aus; es glättet die Falten und gleicht die Tiefen aus. Das Wasser befindet sich dank dem Druck und der Spannung in lebhafter, wirbelnder Bewegung und es spült damit alles Fremde ab, was sich lose auf der Schleimhaut befindet; es schwemmt dieses Fremde in sich auf. Wird nunmehr das Gerät zurückgezogen, der Scheidenausgang freigegeben, so stürzt die Flüssigkeit mit dem darin aufgeschwemmten Fremden plötzlich heraus; wird aber der Apparat einstweilen in seiner Lage belassen, wie es die Gebrauchsanweisungen vielfach angeben, und wird einfach der Ballon losgelassen, so saugt der sich dank seiner Elastizität wieder weitende Ballon die ganze Flüssigkeit in sich zurück, und auch auf diese Weise wird das „Fremde“ rasch entfernt.

Bei diesem „Fremden“ handelt es sich um die Zellen des

bei dem Geschlechtsakt in die Scheidenhöhle entleerten männlichen Samens. Er soll rasch und gründlich entleert werden, bevor er Zeit und Gelegenheit findet, sich im Innern des weiblichen Körpers zu entwickeln, in den Muttermund einzudringen, in der Gebärmutter aufwärts zu wandern und hier etwa eine Eizelle zu befruchten, um damit eine Empfängnis herbeizuführen. Der Apparat dient also zur Verhütung der Empfängnis, d. i. einem ausgesprochen unzüchtigen Zwecke und fällt somit unter § 184,3 des St.-G.-B.

Die „Frauendusche" ist für diese Aufgabe tatsächlich auch besonders geeignet und zweckdienlich hergestellt. Sie ist in dieser Hinsicht dem alten Irrigator überlegen. Abgesehen davon, daß dieser Apparat anerkannter Weise auch für Einläufe und Berieselungen verwandt wird, hat die Frauendusche vor ihm voraus:

1. Die Flüssigkeit wird schneller und mit größerem Druck eingebracht;

2. die Form, in der die Flüssigkeit einströmt, ist in Verbindung mit der lebhaften, wirbelnden Bewegung besonders dazu angetan, die Oberfläche der Schleimhaut schnell und gründlich abzuwaschen;

3. der Verschluß der Scheide durch die Manschette läßt mit großer Sicherheit erwarten, daß keine Fremdstoffe in den Falten, die bei der Irrigatorspülung überhaupt unberührt blieben, zurückbleiben, d. i., daß nicht doch noch Samenzellen dem Untergang entgehen und eine verspätete Befruchtung bewirken.

Jahrtausende hindurch hat die Menschheit bestanden, ist die Frauenwelt gesund, leistungs- und gebärfähig geblieben, ohne daß es nötig war, Scheidenausspülungen vorzunehmen. Diese „Notwendigkeit" der Anpreisungen und Gebrauchsanweisungen konnte erst entstehen, als das Gummi gefunden würde und die Gummiwaren ihren Absatz finden mußten. Eine, womöglich gar tägliche Reinigung der Scheide ist zunächst überflüssig; dieser Körperteil vermag sich, wie der sich selbst überlassene Verlauf der Monatsregel beweist, überaus schnell selbst zu reinigen; es kommen auch gar keine besonderen Unreinigkeiten hinein. Es denkt kein Mensch, auch keiner der Apostel der neumalthusianischen Lehre daran, sich jemals, geschweige täglich die Nasenhöhle, den Kehlkopf oder den Mastdarm auszuspülen und einer Reinigung zu unterziehen, obwohl hier fast sekundlich Unreinigkeiten hineinkommen oder durchgeleitet werden. Die Scheidenausspülungen, wie sie so gefordert werden, sind sogar bedenklich und gefährlich: sie können und müssen auf die Dauer reizend und erregend wirken und viel zur Nervosität der Frauenwelt beitragen.

Die Frauenduschen sollen Scheidenkatarrhe behandeln helfen? Die Form der plötzlichen, stürmischen Spülung läßt es zunächst zweifelhaft erscheinen, ob dabei gerade katarrhalische, schleimige oder schleimig-eitrige Ausflüsse und Absonderungen

in genügender Weise getroffen werden. Selbst bei leichteren Katarrhen möchte ich ferner eher eine weitere Reizung befürchten, wenn die Schleimhaut dermaßen schnell und stark gezerrt wird. Noch widersinniger als bei einfachen Katarrhen klingt aber endlich bei eitrigen oder gar infektiösen Absonderungen die beschönigende Empfehlung der Gebrauchsanweisungen, man könne die Spülflüssigkeit auch wieder zurücksaugen und vielleicht mehrmals hin und her jagen. Man bedenke erstens die Beschmutzung und Verseuchung des von den meisten Frauen gar nicht zu desinfizierenden Inneren des Apparates und zweitens die Behandlung und wiederholte Ueberschwemmung der kranken Schleimhaut mit dieser an Krankheitserregern reichen sog. Reinigungsflüssigkeit!

Die Frauendusche soll auch mit heißem Wasser gefüllt und zur inneren Behandlung von tieferen Frauenleiden benutzt werden? Noch widerrätlicher als bei Schleimhauterkrankungen ist die stürmische, mechanisch störende Druckentwicklung dieses Gerätes bei allen akuten oder chronischen Entzündungen der Beckenorgane; jeder Arzt müßte daher die Dusche als für diesen Zweck höchst gefährlich erklären. Diese in vielen Gebrauchsanweisungen vorhandene Empfehlung ist fast mit das Bedenklichste an der Sache.

Daß die genannten Frauenduschen in erster Linie nicht den vorgegebenen Zwecken, vielmehr der Verhütung der Empfängnis dienen, ist sowohl den weitesten Kreisen der Bevölkerung, als auch insbesondere den Händlern und Verkäufern bekannt. Das Gericht hat dies bisher stets angenommen. Daß sich das Verbot aus § 184,3 des St.-G.-B. sowohl auf die Auslagen in den Schaufenstern, wie auf die Aufstellung im Innern der Verkaufsstätten, sobald das Publikum die Apparate selbst oder ihre Abbildungen auf den Kartons usw. oder ihre Anpreisungen sehen kann, erstreckt, war nicht strittig, genau wie bei Präservatifs, Okklusivpessaren, Uterinstiften usw.

Es können noch 2 Verwendungsformen dieser Spülapparate in Betracht gezogen werden:

a) Sie können als Phallus benutzt werden; das dicke Ansatzrohr und die Möglichkeit, auf der Höhe der Erregung noch etwas warme Flüssigkeit auszupressen, lassen den Verdacht, daß sie zur Selbstbefriedigung verwandt werden, recht naheliegend erscheinen. Ich habe ihm bisher aber vor Gericht niemals Ausdruck verliehen, weil mir dafür keinerlei Beweis zur Verfügung steht und weil die vorstehenden Erwägungen auch stets ausreichten, um das Richterkollegium zu überzeugen.

b) Sie können zur Abtreibung dienen. Abgesehen davon, daß sich in den Kartons fast stets auch ein langes dünnes Ansatzrohr mit typischer Krümmung für Intrauterin-Injektionen befindet, ist nicht zu verkennen, daß eine die Schwangerschaft störende und zerstörende Wirkung recht wahrscheinlich wird, sobald der Ballon mit möglichst warmem Wasser gefüllt, der Apparat tief eingeführt und nun oft mit Kraft entleert und das

heiße Wasser sowohl gegen die Cervix angespült, als auch in den Kanal derselben und in die Gebärmutterhöhle hineingepreßt wird. Von diesen Ausführungen habe ich aber stets Abstand genommen, weil sie rechtlich belanglos sind (Abtreibungsmittel fallen nicht unter die Verbote des § 184,3) und nur geeignet sein würden, die oben dargelegte, m. E. tatsächlich häufigste und strafrechtlich faßbare Verwendung als weniger erheblich erscheinen zu lassen. Es ist mir bisher auch sehr zweifelhaft, ob diese Frauenduschen, d. h. ohne Uterinrohr und nur mit dem dickeren Scheidenansatz versehen, bei den unzweifelhaft an und für sich überaus häufigen Abtreibungen wirklich eine nennenswerte Rolle spielen.

Sodann etwas zu den auch von Jorns beklagten **Vorträgen über Fragen aus dem sexuellen Gebiete.** Natürlich kann man in Berlin auch hierin Erfahrungen sammeln lassen. Es gibt einzelne Agitatoren (Gerling usw.), die ihre Wissenschaft und ihre Belehrungen in öffentlichen Versammlungen an den Mann bringen müssen; es gibt aber auch Vereine mit schönen Namen, die teils offen auf sozialdemokratischem Boden stehen (der Redner Dr. M. versprach sich sogar und redete uns im Eifer mit „Genossen“ an), teils der sogen. Aufklärung dienen und das Gemeinsame haben, daß sie ihre Zuhörerschaft mit der Aussicht auf sinnenreizende Ausführungen ködern. Was in dem Vortrage noch nicht gesagt wird, kommt nachher um so kürzer, gewürzter und salopper zu Tage, sobald der Vortrag beendet ist, eine Pause eintritt, die die Zuhörer dazu gebrauchen können und sollen, Fragen aufzuschreiben und in den vorn angebrachten Fragekasten zu werfen, und nun endlich der Vortragende nochmals auftritt, die Fragezettel schmunzelnd mustert, hier einen kopfschüttelnd beiseite legt, dort eine delikate Frage umständlich und gründlich beantwortet, gelegentlich auch einmal den unbekannten Frager an einen Arzt verweist, dann auch wieder eine Frage nur so weit vorliest, daß die Zuhörer in ein verständnisvolles Gewieher ausbrechen, usw. Ich darf gestehen, daß man auf diesem Gebiete nicht weniger als auf anderen neuen Gebieten lernen, Erfahrungen sammeln und sich bezüglich aller Fragen, die dabei berücksichtigt werden müssen, erst zurechtfinden muß. Ich habe eine Reihe dieser Versammlungen als Sachverständiger besucht und habe sowohl Gerling, als auch die Arzte Dr. Magnus Hirschfeld und Dr. J. Moses gehört und kann nur mit vollster Bestimmtheit dem beitreten, was Jorns über den überaus widerwärtigen Eindruck schreibt, den derartige Versammlungen machen. Am schlimmsten war hierbei der eine Redner, der manchmal in honigsüßen Worten Mitteilungen und Belehrungen gab, die ein jeder von uns begrüßen könnte, dann aber immer wieder seinen Pfeffer dazwischen streute und den jungen Mädchen von den Leidenschaften der nahe sitzenden Männer zum Besten gab, so daß sie abwechselnd verlegen wurden und hell auflachten, unmittelbar danach aber der Männerwelt soviel von der weiblichen Natur verriet, daß

man ihre steigende sexuelle Erregung verfolgen konnte oder die jungen Leute offen roh und verständnisvoll ausplatzten.

Hier gelang es, erheblich Wandel zu schaffen. Gutachtliche Berichte legten vor allem einzelne bezeichnende Aeußerungen der gedachten Art fest und schilderten beweiskräftig, wie das Echo gewesen war, was der Redner dabei gefunden hatte. Auf Grund dieser Unterlagen wurde der zuständigen Person eine Verfügung zugestellt, wodurch derartige Vorträge vor gemischtem Publikum verboten wurden! Der gleichzeitige Besuch von Männern und Frauen war nicht mehr gestattet, der einzelne Vortragsabend hätte mit höchstens der Hälfte der Besucher rechnen müssen, es entging ferner sowohl dem Redner, als auch den Zuhörern und Zuhörerinnen der besondere Reiz, der bisher in der gleichzeitigen Anwesenheit der beiden Geschlechter gelegen hatte, und dem Vortragenden endlich kam es zum Bewußtsein, daß es auch für ihn gewisse Grenzen gebe. Keiner der Betroffenen hat diese polizeilichen Verfügungen irgendwie angefochten!

Noch ein letztes Wort zu Erfahrungen, die auf einem nahe liegenden Gebiete gemacht sind. Sowohl viele Korsettgeschäfte, als auch Papier- und namentlich Bilderrahmen-Handlungen hatten im Laufe der letzten Jahre immer unverfrorener die Ausstellungen in den Ladenfenstern eine Form annehmen lassen, die die Grenzen des Anstandes überschritt und namentlich für die Jugend von verwüstender Wirkung sein mußte. Die Korsettgeschäfte wußten ihren Auslagen dadurch einen neuen, aufdringlicheren Charakter zu verleihen, daß sie lebensgroße Gliederpuppen nahmen und sie in lebensvollen Stellungen ins Schaufenster setzten, angetan mit nur intimsten, spitzen-überbesezten und — dürftigsten Bekleidungsstücken. Als besonders verletzend entsinne ich mich einer solchen Puppe, die mit Myrthenzweigen im Haar die Braut am Abend des Hochzeitstages darstellte, übergossen und umstrahlt von dem hellsten Lichte der neuzeitlichen Beleuchtung; die Aufstellung war so raffiniert gemacht, daß kaum einer der Vorbeigehenden von dem Schaustück unberührt blieb. Die Bilderrahmen-Handlungen legten neben ganz anderen, unverfänglichen Bildern solche aus, die entweder unmotiviert ganz nackte oder die oft noch gefährlicheren halb- oder dreiviertelnackten Frauengestalten oder unmittelbar lüstern aufgefaßte Szenen darstellten. Es genügte die Mitteilung an die Polizeibehörde, hier an die „Zentralpolizeistelle zur Bekämpfung unzüchtiger Bilder und Schriften", die zur Abteilung VIII des Königl. Polizei-Präsidiums in Berlin gehört, um die Fenster zu säubern. Je nach Lage der Dinge und dem Entgegenkommen der Ladenbesitzer genügte entweder ein einfaches Ersuchen oder es erfolgte die Weitergabe an die Staatsanwaltschaft. An und für sich käme ja auch in Frage, ob man sich selbst unmittelbar an die Ladenbesitzer wenden sollte; nach gewissen Erfahrungen sehe ich hiervon aber ab, um so lieber, als die Polizeiorgane nicht sofort strafend ein-

schreiten, sondern zumeist gern zufrieden sind, wenn der Mißstand durch einfaches Zureden behoben werden kann. Derartige Anzeigen sind auch meinerseits in größerer Zahl erfolgt. Abgesehen von anderem lasse ich mich dabei von dem Gedanken leiten, daß solche unzüchtige und unsittliche Schaustücke zunächst die Seele von tausenden von Kindern vergiften — und wer möchte es rechtfertigen, wenn man nicht an seinem Teile dazu beitragen sollte, der zunehmenden Verwahrlosung, Verwirrung und Entsittlichung unseres Volkes und seines besten Teiles, der Jugend, zu begegnen und zu wehren? — daß aber weiterhin der Sinnenkitzel, die vorzeitige Weckung und immer neue Erregung sexualer Gedanken und Triebe auch rein körperlich das heranwachsende Geschlecht schädigen muß, zumal man auch damit rechnen muß, daß das Geschaute nachwirkend in der Phantasie und im Traumleben festhaftet. Eine derartige vorzeitige und übermäßige Erregung der wichtigsten Gebiete des Nervensystems führt naturgemäß zu leicht zu weiteren Störungen des Organismus, zu nervöser Ueberreizung und Erschlaffung, zu Blutarmut und allgemeiner Entkräftung, ganz zu schweigen von dem, was sich noch an Betätigungen auf geschlechtlichem Gebiete anschließt. Wir Medizinalbeamte haben also alle Veranlassung, uns als die zur Hütung der Volksgesundheit Berufenen ex officio an diesem Kampfe gegen Unzucht und Unsittlichkeit in führender Stellung tätig zu beteiligen.

Nachtrag: Inzwischen ist einer der Termine vertagt worden. Der von der Verteidigung geladene Sachverständige erklärte, es gehöre sich, daß jede Frau täglich eine Scheidenausspülung vornehme, und die Frauenduschen seien, wie auch ein Professor K. in K. bekundet habe, nicht geeignet, Empfängnis zu verhüten. Es sollen jetzt noch andere Sachverständige geladen werden.

Zur Statistik der Fehlgeburten.

Von Kreisarzt Dr. **Kurpjuweit**-Swinemünde.

Der Ministerialerlaß vom 11. Dezember 1913, M. 3385, der eine Berichterstattung über die Zahl der Geburten und die Häufigkeit der Fehlgeburten anordnete, gab mir Veranlassung, an der Hand der Hebammentagebücher genauere Aufstellungen über die Fehlgeburten zu machen.

Derartige Zusammenstellungen werden sich leicht in kleineren Kreisen ermöglichen lassen, in denen die Bevölkerung wenig fluktuiert. Hier sind auch die Sitten und Gewohnheiten der einzelnen Bevölkerungsschichten genau bekannt. Ferner kennt man die einzelnen Hebammen und kann ihre Eintragungen in die Tagebücher leichter beurteilen.

Zu diesen kleineren Kreisen gehört der Kreis Usedom-Wollin mit rund 55000 Einwohnern. Von dieser Bevölkerung

entfallen rund 14000 Einwohner auf die Kreisstadt und zirka 6000 auf zwei Landstädte.

Die Kreisstadt ist eine Hafenstadt, deren Leben und Treiben im Sommer durch den lebhaften Badeverkehr, besonders aus Berlin, wesentlich beeinflußt wird. Die beiden anderen Städte haben den Charakter pommerischer Landstädte.

Die übrige Bevölkerung verteilt sich auf eine Reihe von Badeorten und von Dörfern mit rein ländlichem Charakter. Die größeren Badeorte haben mehr städtischen Charakter; die kleineren sind auch heute noch ausgesprochene Fischerdörfer. Auf die fünf größeren Badeorte mit städtischem Charakter entfallen rund 7000 Einwohner.

Im Kreise praktizieren 35 Hebammen, davon 9 in der Kreisstadt, 5 in den beiden Landstädten, 6 in den größeren Badeorten und 15 auf dem Lande.

Im Jahre 1913 haben die Hebammen 1412[1]) Entbindungen vorgenommen, darunter befanden sich 67 Aborte. Diese Zahl möchte an sich gering erscheinen; jedoch regen sich einige Bedenken, ob die Ziffer der Wirklichkeit entspricht. Zunächst trägt manche Hebamme nur die Fälle ein, bei denen sie noch Teile von der Frucht gesehen hat. Nachblutungen von Aborten, bei denen die Hebamme nur noch Reste von Eihäuten wahrnimmt, werden häufig nicht eingetragen, da ja begreiflicherweise Zweifel vorhanden sein können, ob es sich wirklich um einen Abort handelt oder nicht.

Weiterhin dürfte es bekannt sein, daß sich vielfach die abortierenden Patientinnen gleich an einen Arzt wenden; damit werden die Hebammen von vornherein ausgeschaltet.

Nicht unbedeutend ist schließlich noch die Zahl der Frauen, die ohne Hilfe der Aerzte und der Hebammen ihren Abort durchmachen. Nachträglich hört man davon und nach der ganzen Beschreibung der Frauen kann man nur annehmen, daß es sich um einen Abort gehandelt hat. Vielfach wissen sie es schon selbst, daß es ein Abort gewesen ist, namentlich, wenn sie schon früher Aborte durchgemacht haben.

Die obenerwähnten 67 Aborte verteilen sich nun wie folgt:

	Zahl der Entbindungen	Zahl der Aborte
Kreisstadt	329	35 = 10,6 %
Landstädte	152	5 = 3,8 %
größere Badeorte . .	200	7 = 3,5 %
übrige Dörfer . . .	731	20 = 2,7 %

Auf je 1000 Einwohner kommen:

	Entbindungen	Aborte
in der Kreisstadt	23,5	2,5
in den Landstätten . . .	25,3	0,8
in den größeren Badeorten .	28,5	1,0
in den übrigen Orten . . .	26,1	0,7

[1]) Ohne Hebammenhilfe werden jährlich in entlegenen, schwer erreichbaren Dörfern etwa 100 Kinder geboren.

Wir sehen also, daß die Kreisstadt, die im Sommer unter großstädtischen Einflüssen steht, die geringste Zahl der Geburten und die größte Zahl der Aborte aufweist. In den Landstädten und größeren Badeorten ist dagegen die Zahl der Geburten größer und die der Aborte geringer. Auf dem Lande werden im Verhältnis auch noch mehr Kinder geboren als in der Kreisstadt und in den Landstädten. Die Zahl der Aborte ist hier die niedrigste. Die ermittelte Ziffer von 2,7 Aborten auf 100 Entbindungen würde sich noch erheblich verringern, wenn man diejenigen Orte ausschalten wollte, die nahe bei der Stadt liegen und demnach mehr städtische Sitten haben.

Die Häufung der Aborte in den Städten und größeren Badeorten bringt es naturgemäß mit sich, daß hier der leicht erreichbare Arzt viel häufiger hinzugezogen wird, als auf dem Lande. Insgesamt ist ärztliche Hilfe in 31 Fällen geleistet worden, sei es, daß eine Ausräumung, Auskratzung oder eine Nachgeburtlösung ausgeführt ist. Eine künstliche Frühgeburt ist angeblich nur einmal eingeleitet.

Drei Entbundene fieberten vorübergehend und eine Frau starb im Anschluß an einen Abort, der mit großer Wahrscheinlichkeit als ein krimineller angesehen werden mußte.

Betrachten wir nun den Zeitpunkt der Schwangerschaft, in dem die Frühgeburt erfolgte, so erhalten wir folgende Uebersicht:[1])

Es abortierten:

im I.	II.	III.	IV.	V.	VI. Monat
1	19	21	13	9	3 Frauen.

Mit dem zweiten Monat nimmt demnach die Zahl der Aborte zu und steigt bis zum vierten Monat, um dann wieder abzunehmen.

Von diesen Frauen waren:

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI. Gebärende
10	11	12	13	8	4	4	—	1	2	1

Unter den 10 Frauen, die zum erstenmal schwanger waren, befanden sich 3 unehelich Geschwängerte, unter den 11 zum zweitenmal Schwangeren 2 unehelich Geschwängerte.

Im übrigen gehörten die Frauen folgenden Ständen[2]) an:

Arbeiter	15	Beamte, untere und mittlere	6
Handwerker	13	Unteroffiziere	2
Fischer, Bootsleute	9	Bauer	1
Gewerbetreibende	16		

Auf die zwerte, dritte und vierte Schwangerschaft kommt demnach die Hauptzahl der Aborte.

Die Frauen von Arbeitern, Handwerkern, Gewerbetreibenden abortieren weit häufiger, als die

[1]) Bei einer Fehlgeburt war der Schwangerschaftsmonat nicht festzustellen.

[2]) In zwei Fällen war der Stand nicht ermittelt.

Frauen von Fischern und besonders von Bauern, und die Mehrzahl dieser Arbeiter-, Handwerkerfrauen wohnt in der Stadt.

Relativ am häufigsten kommen aber Aborte bei den Frauen von Beamten und Unteroffizieren vor, da die Zahl der Beamten und Unteroffiziere im Verhältnis zu der übrigen Bevölkerung eine geringe ist.

In den sogenannten höheren Ständen sind nach den Hebammentagebüchern keine Fehlgeburten vorgekommen. Gerade dieser Moment stützt aber die obenerwähnte Anschauung, daß die Eintragungen der Hebammen keine sichere Auskunft über die Häufigkeit der Aborte bieten; denn die Erfahrung des täglichen Lebens lehrt, daß auch bei den höheren Ständen Aborte vorkommen.

Das Bemerkenswerteste obiger Statistik ist aber, daß in einer Stadt, die mit der Großstadt im Sommer in lebhafter Verbindung steht, dreimal soviel Aborte vorkommen, wie bei der in körperlicher Beziehung gleichartigen Bevölkerung der beiden Landstädte, der größeren Badeorte und fast viermal soviel Aborte, wie auf dem angrenzenden platten Lande.

Dieser Umstand allein läßt die Vermutung begründet erscheinen, daß die Aborte zum Teil künstlich herbeigeführt sind. Diese Vermutung wird noch dadurch unterstützt, daß gerade vom zweiten Monat der Schwangerschaft ab die Zahl der Aborte erheblich zunimmt, und daß weiterhin die größte Zahl der Aborte auf die dritte und vierte Schwangerschaft entfällt.

Auch die Erfahrung der Praxis lehrt, daß manche Frauen eine Reihe von Schwangerschaften ohne jede Störung durchmachen und dann ohne sichtlichen Grund immer wieder abortieren. Besonders in der hausärztlichen Praxis wird nicht selten an den Arzt das Ansinnen gestellt, eine Schwangerschaft ohne jeden dringlichen Grund künstlich zu unterbrechen, wenn schon ein bis zwei Kinder vorhanden sind. Auf die Motive dieser gewollten Beschränkung der Kinderzahl einzugehen, erscheint überflüssig, da die Frage vielfach z. B. von Bornträger, Herbst u. a. auch in dieser Zeitschrift eingehend behandelt ist.

Es bleibt nur noch zu erörtern, mit Hilfe welcher Mittel die Frauen in der hiesigen Gegend die Schwangerschaften unterbrechen. Als häufigstes Mittel dürften dabei innere Medikamente in Betracht kommen. Wahrscheinlich werden hauptsächlich Sadebaumöl oder Extrakte ähnlicher Gewächse angewandt. In einem Falle gelang es, eine geringe Menge einer dunkelbraunen, etwas ätherisch riechenden, öligen Flüssigkeit bei einer Frau zu beschlagnahmen. Eine genauere Identifizierung konnte aber durch den gerichtlichen Chemiker nicht mehr ausgeführt werden.

Ferner scheinen auch andere in der Medizin wenig bekannte Stoffe als Abortiva benutzt zu werden. Hierfür spricht folgende Beobachtung: Eine zweitgebärende Frau machte einen Abort durch, bei dem ein Arzt eine Auskratzung vornahm. Am gleichen Tage trat unter hohem Fieber ein intensiver, fast bronzefarbiger Ikterus auf. Am zweiten Tage starb die Frau. Bei der Sektion wurde eine schwache ikterische Verfärbung des ganzen Körpers, eine akute Verfettung der Leber, ferner eine Entzündung und Verfettung der Nieren festgestellt. Die chemische Untersuchung verlief leider ergebnislos.

Neben diesen inneren Mitteln scheinen auch mechanische Methoden, Einspritzungen in die Gebärmutter, üblich zu sein.

Trotz des dringenden Verdachts ist es aber nie möglich, genauere Anhaltspunkte für ein strafbares Vergehen zu erlangen. Sehr verdächtig als Abtreiberinnen sind gewöhnlich alte Weiber, die auf dem Lande und in der Stadt als Händlerinnen umherziehen und ihre Dienste anbieten.

Eine Frau, die bereits einmal wegen Abtreibung mit Zuchthaus bestraft ist, empfiehlt sich jetzt in der Zeitung als Kartenlegerin und hält abends Sprechstunden ab, ohne daß es möglich ist, ihr das Handwerk zu legen. In recht seltenen Fällen vertreiben auch Drogenschrankhändler Tees, die in den Ruf stehen, als Abortiva zu dienen.

Bemerkenswert erscheint aber die Tatsache, daß einzelne bestimmte Hebammen eine große Zahl von Aborten in ihren Tagebüchern aufzuweisen haben, während andere nur selten oder gar nicht, wie glaubhaft versichert wird, zur Hilfeleistung bei Aborten hinzugezogen werden. Dieser Umstand läßt es dringend wünschenswert erscheinen, daß die Hebammen schon in den Hebammenlehranstalten auf die strafrechtlichen Bestimmungen bezüglich der Aborte eindringlichst hingewiesen werden. Weiterhin wäre es zweckmäßig, diese Bestimmungen auch in das Hebammenlehrbuch aufzunehmen, damit jede Hebamme vor unvorsichtigen Eingriffen bewahrt bleibt.

Sache der Kreisärzte wäre es, die Hebammen auf die gesetzlichen Bestimmungen bei den Nachprüfungen, Versammlungen wiederholt hinzuweisen und darauf hinzuwirken, daß sie auch jede stärkere Blutung im Gefolge eines Aborts, wenn die Frucht abgegangen ist, in ihre Tagebücher als Abort eintragen.

So dürfte die Statistik der Fehlgeburten allmählich eine genauere werden. Vielleicht wäre es auch nicht uninteressant, in anderen Gegenden eine ähnliche Statistik wie die obige aufzustellen, um ein genaueres Bild von der Verbreitung der Fehlgeburten zu bekommen. [1])

---

[1]) Die eben erschienene Arbeit „Fehlgeburten und Geburtenrückgang" von Dr. R. Behla, Reg.- und Geh. Med.-Rat (Medizinalistische Nachrichten, fünfter Jahrjang, 1913/14, 3. Heft) konnte leider nicht mehr berücksichtigt werden.

Die diesjährigen Verhandlungen des Reichstages über den Etat des Reichsgesundheitsamtes.

Vom Herausgeber.

Der Etat des Reichsgesundheitsamtes hat den Reichstag in diesem Jahre nicht so lange als im Vorjahre (2 1/2 Sitzungstage) beschäftigt, sondern nur einen und einen halben Sitzungstag (9. und 10. Februar) in Anspruch genommen. Ebenso wie bei den vorjährigen Verhandlungen kamen in diesem Jahre neben gewerbehygienischen, den Arbeitsschutz der Arbeiter, besonders derjenigen in der Großeisenindustrie, im Hüttenbetrieb und in der Textilindustrie, betreffende Fragen, auch solche aus dem Gebiete der Nahrungsmittelhygiene (Fleischbeschaugesetz, Sammelmolkereien, Obst- und Malzweine, Honig, Verwendung von Altkorken usw.) zur Sprache, desgleichen wurde eine Bekämpfung der durch den Automobilverkehr wesentlich vermehrten Staubplage sowie mit Rücksicht auf die ungünstige soziale und wirtschaftliche Lage der Apotheker eine Erhöhung der Arzneitaxe gewünscht. Während jedoch im Vorjahre die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, der Geburtenrückgang und die Bekämpfung der antikonzeptionellen Mittel Hauptgegenstände der Verhandlungen bildeten, wurden sie in diesem Jahre ebenso wie das praktische Jahr und die Ausbildung der Aerzte auf dem Gebiete der sozialen Medizin nur gestreift; dagegen fand wiederum eine sehr eingehende Erörterung über die sozialen und gesundheitlichen Verhältnisse des Krankenpflegepersonals und über die Notwendigkeit einer Reform des Hebammenwesens statt im Anschluß an verschiedene Resolutionen, die zu diesen beiden Fragen gestellt waren.

In bezug auf die Verhältnisse des Krankenpflegepersonals herrschte insoweit Uebereinstimmung, daß zweifellos noch Mißstände sowohl hinsichtlich der Ausbildung, Prüfungsvorschriften usw., als hinsichtlich der Arbeitszeit, der Gewährung von kürzeren und längeren Erholungspausen, der Honorierung usw. vorhanden seien, die einer Abhilfe dringend bedürftig seien. Obwohl nun vom Staatssekretär des Innern die Erklärung abgegeben wurde, daß zur Beseitigung der durch die angestellten Ermittelungon nachgewiesenen Mißstände bereits verschiedene Maßnahmen (grundsätzlicher Trennung von Tag- und Nachtdienst, Gewährung einer neunstündigen Ruhezeit, und zwar unmittelbar nach Beendigung der Nachtwache, Festsetzung des Tagesdienstes von 6 Uhr morgens bis 8 Uhr abends, Gewährung mindestens eines freien Nachmittags in der Woche, und eines 14tägigen Urlaubs im Jahre, Aufstellung einer Dienstordnung) den Landesregierungen zur Durchführung empfohlen seien, gelangte doch am Schluß die von der nationalliberalen Partei (Abg. van Calker) gestellte Resolution einstimmig zur Annahme, durch die der Reichskanzler ersucht

wird, „die Arbeits- und Rechsverhältnisse der in privaten und öffentlichen Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten beschäftigten wie des selbständigen in der Privatpflege tätigen Krankenpflegepersonals durch Aufstellung einheitlicher Grundsätze zu regeln und zwar, soweit dies nicht auf dem Wege der Reichsgesetzgebung oder durch Bundesratsverordnung geschehen kann, durch Vereinbarung zwischen den Regierungen der Einzelstaaten“. Eine weitergehende, von den Sozialdemokraten beantragte Resolution, in der die einzelnen Forderungen (obligatorische Ausbildung des gesamten Personals, Neuregelung der Prüfungsvorschriften, Unterstellung des Personals unter die Reichsgewerbeordnung, 12stündige Arbeitszeit mit allwöchentlicher Mindestruhezeit von 24 Stunden, und einen Erholungsurlaub von mindestens 14 Tagen, unter Fortzahlung des Lohnes, Beseitigung des Kost- und Logierzwanges in der Anstalt, Unterstellung des gesamten Pflese- usw. Personals unter die Reichsversicherungsordnung) aufgeführt waren, wurde abgelehnt. Dagegen fand die von den Sozialdemokraten beantragte Resolution, in der die verbündeten Regierungen um Vorlage eines Gesetzentwurfes ersucht werden, durch welchen das Hebammenwesen geregelt wird, einstimmige Annahme. Auch betreffs dieser Frage herrschte ebenso wie im Vorjahre bei allen Parteien darin Uebereinstimmung, daß sowohl in bezug auf die Ausbildung, als in bezug auf die sozial- und wirtschaftlichen Verhältnisse der Hebammen Mißstände herrschten, die dringend der Abhilfe, womöglich durch eine reichsgesetzliche Regelung bedürften. Aus den Ausführungen des Präsidenten des Reichsgesundheitsamts zu diesen Forderungen geht erfreulicherweise hervor, daß die Reichsregierung auch geneigt ist, den betreffenden Wünschen des Reichstages entgegenzukommen und z. T. schon insofern entgegengekommen ist, als im März v. J. der Reichsgesundheitsrat über Grundsätze zur Regelung des Hebammenwesens beraten und auch solche über die Zulassung zum Hebammenberuf, über Prüfungen, Nachprüfungen und Wiederholungslehrgänge sowie über die Berufspflichten usw. der Hebammen in einem Entwurfe festgelegt hat, die den einzelnen Landesregierungen behufs einheitlicher Regelung des Hebammenwesens mitgeteilt sind. Hoffentlich wird in allen Bundesstaaten diesem Ersuchen der Reichsregierung recht bald nachgekommen; bisher scheint es allerdings noch nirgends geschehen zu sein.

Eine ausgedehnte Besprechung fand auch die Bekämpfung der Maul- und Klauenseuche; allseitig wurde die Bereitstellung großer Mittel zur wissenschaftlichen Erforschung der Seuche mit Freuden begrüßt, desgleichen die Erklärung des Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes, daß diese Forschungen mit allem Eifer und größtem Nachdruck fortgesetzt werden.

Wir lassen nachstehend die Verhandlungen auf Grund des stenographischen Berichtes im Auszuge folgen:

Abg. **Antrick** (Soz.) befürwortet zunächst die von seiner Partei gestellte Resolution im Interesse des **Kranken- und Pflegepersonals.** In seinen Ausführungen weist er darauf hin, daß die jetzige Art der Ausbildung des Krankenpflegepersonals keine zweckmäßige sei; die Prüfungsvorschriften müßten vereinfacht, die Prüfungsgebühren herabgesetzt und vor allem dafür Sorge getragen werden, daß die angehenden Krankenpfleger usw. in den Krankenpflegeschulen nicht zu sehr als billige Arbeitskräfte ausgenutzt würden. Nicht minder wichtig sei die Unterstellung des gesamten Krankenpflegepersonals, auch der in öffentlichen Anstalten Beschäftigten, unter die Reichsgewerbeordnung, damit es in seinem Vereins- und Koalitionsrecht nicht beschränkt werden könne, wie dies z. B. in Ostpreußen durch einen Erlaß des dortigen Landeshauptmannns geschehen sei. Weiterhin müsse die tägliche Arbeitszeit gesetzlich festgelegt werden; in der vorjährigen Resolution sei eine solche von acht Stunden verlangt, die vielfach als undurchführbar bezeichnet sei. Redner teilt diese Ansicht zwar nicht, da eine solche Beschränkung der Arbeitszeit bereits in verschiedenen Kulturstaaten durchgeführt sei, erklärt sich aber vorläufig auch zufrieden, wenn wenigstens die Höchstgrenze auf 12 Stunden bei einer vollwöchentlichen Mindestruhezeit von 24 Stunden festgesetzt werde. Er weist auf die Regelung der Verhältnisse des Krankenpflegepersonals in Schweden hin, die sowohl in bezug auf die Vor- und Ausbildung, Gehälter und Löhne (Oberpfleger I. Klasse: 1400—2184 M., II. Kl.: 1277—2016 M.; Oberpflegerinnen l. Kl.: 1142—1680 M., II. Kl.: 991—1277 M.; verheiratete 448 M. Wohnungsgeldzuschuß; Pensionsberechtigung nach 10 Jahren), als in bezug auf die Dauer der Arbeitszeit und rechtliche Stellung des Personals nachahmenswert sei. Noch jetzt betrage in vielen Anstalten die Arbeitszeit des Pflegepersonals 14—16 Stunden; auch in Westfalen, was im Vorjahre von dem Abg. Geh. Med.-Rat Dr. Gerlach-Münster i. W. bestritten sei. Auch im Krankenhause Eppendorf bei Hamburg, in der Provinzialirrenanstalt Neu-Ruppin, in den städtischen Krankenhäusern in Chemnitz und Leipzig sei dies der Fall, wie sich aus den dem Redner von hier aus zugegangenen Zuschriften ergebe. Dabei sei die Bezahlung des Personals vielfach eine sehr geringe; im Leipziger städtischen Krankenhause betrage der Monatslohn anfangs nur 15 Mark und steige pro Jahr um eine Mark bis 29 Mark; nach 5 Jahren würden zwar Prämien von 150—250 Mark gewährt, aber trotzdem sei das ganze Einkommen als ungenügend anzusehen. Auch der Beköstigungs- und Logierzwang sei für die in Krankenanstalten angestellten Pfleger und Pflegerinnen mit Unbequemlichkeiten verbunden, zumal die ihnen angewiesenen Schlafräume nicht selten ungesund seien. Notwendig sei endlich eine Unterstellung des gesamten Krankenpflege- usw. Personals unter die Reichsversicherungsordnung und vor allem die Gewährung eines jährlichen Erholungsurlaubes von mindestens 14 Tagen unter Fortzahlung des Lohnes und Entschädigung für sonstige Leistungen.

Abg. Dr. **Gerlach**-Münster i. W. (Zentr.) erklärt im Namen seiner politischen Freunde, daß diese in Anerkennung und Würdigung der verantwortungsvollen und vielfach mit so sehr großen Schwierigkeiten verbundenen Tätigkeit der weltlichen **Krankenpflegepersonen,** die stets gern bereit sind, diesen, soweit es das Interesse der Kranken gestattet, zu einer Erleichterung ihres Dienstes und einer Besserung ihrer sozialen Stellung behilflich zu sein. Bei der Förderung der Wünsche darf jedoch nicht unberücksichtigt bleiben, daß sich die in der Krankenpflege tätigen Personen auch von einer idealen Auffassung ihrer Stellung und Tätigkeit, nicht allein von dem steten Streben nach Befriedigung ihrer rein materiellen Wünsche leiten lassen sollen. Die gewissenhafte, wirksame Krankenpflege verlangt eine solche selbstlose Hingebung an den Dienst und Verzichtleistung auf materielle Genüsse, eine solche Geduld und Selbstaufopferung und bietet so vielfache Schwierigkeiten und Unannehmlichkeiten, daß alle diese selbst bei Befriedigung aller sonstigen Wünsche nur im Hinblick auf ein höheres Ziel überwunden werden können. Erfolgreiche Krankenpflege gipfelt in dem idealen Streben und im idealen Ziel. Im Interesse der Kranken und der öffentlichen Gesundheitspflege und auch im Interesse der Aerzte, deren Maßnahmen sich auf die gewissenhaften Beobachtungen und Angaben des Krankenpflegepersonals stützen müssen, ist ein gutes Krankenpflegepersonal erforderlich. So sehr diese in der praktischen Ausübung der Nächstenliebe auf-

gehende Tätigkeit befriedigt und beglückt, so wenig ist sie für solche Personen geeignet, die bei der Ausübung einer solchen Tätigkeit ein sorgenloses Leben führen und ohne große Mühe und Arbeit auf Kosten anderer Geld erwerben zu können glauben.

Wünschenswert und notwendig ist eine gute Ausbildung der in der Krankenpflege tätigen Personen und zwar nicht nur in theoretischer, sondern auch in praktischer Hinsicht. Schon in den achtziger Jahren haben sich die Irrenanstaltsdirektoren fast in jeder Jahressitzung mehr oder weniger eingehend mit der Verbesserung des Krankenpflegepersonals, insbesondere mit dessen Besserstellung und einer ausreichenden allgemeinen Besserung ihrer sozialen Verhältnisse beschäftigt. Zu ihrer Durchführung gehört natürlich die Zustimmung der Behörden und besonders derjenigen, die das entsprechende Geld bewilligen sollen. Die vom Vorredner gestellte Forderung von Familienwohnungen für Pfleger sei z. B. erst vor einigen Jahren bewilligt. Betreffs der Ausbildung muß auch ein Unterschied zwischen dem Unterricht für das Pflegepersonal in Irren- und Idioten- usw. Anstalten und dem in den sonstigen Krankenhäusern gemacht werden, denn die Bedürfnisse der einzelnen Anstalt sind in dieser Hinsicht sehr verschieden. Als Krankenpfleger sollte aber nur der zu bezeichnen sein, der tatsächlich das Krankenpflegeexamen gemacht hat. In kleinen Krankenhäusern, wo in der Mehrzahl der Fälle eine religiöse Genossenschaftspflege den Krankendienst versieht, und ein Pfleger nur für männliche Kranke usw. notwendig ist, dürfte jedoch die allgemeine Ausbildung ohne Prüfung genügen.

Eine Unterstellunng des Personals unter die Gewerbeordnung hält Redner nur für das weltliche Krankenpflegepersonal, das seinen Beruf als Gewerbe trifft, für nötig. Betreffs der Arbeitszeit und des Tag- und Naehtdienstes sind die Verhältnisse außerordentlich verschieden, so daß eine einheitliche Regelung kaum möglich ist. Der Tage- und Nachtdienst bei ruhigen und leichten Kranken ist nicht mit großen Anstrengungen und Ruhestörungen verbunden und kaum als Krankendienst anzusehen gegenüber dem verantwortungsvollen Dienst bei unruhigen oder schweren Kranken. Wenn von dem Vorredner behauptet wird, daß das Krankenpflegepersonal eigentlich keine Ruhezeit habe, sondern von morgens früh bis abends in Tätigkeit sei, dann hat er hierbei die Ruhezeit mit eingerechnet. Die Forderung einer 12stündigen Arbeitszeit ist jedoch berechtigt, auch die einer längeren Erholungszeit; eine solche wird jedoch schon jetzt gewährt. In Westfalen kann allerdings der Anstaltsdirektor nur eine achttäge Urlaubszeit bewilligen; zu einer längeren bedarf es der Genehmigung des Landeshauptmanns, die aber niemals abgeschlagen worden ist. Der Kost- und Logiszwang läßt sich in den meisten Anstalten nicht vollständig aufheben, sondern nur bis zu einem gewissen Grade einschränken. Der Vorwurf, daß Redner gegen die Anstellung von verheirateten Pflegern gewesen sei, wird von ihm energisch zurückgewiesen; er sei im Gegenteil stets dafür gewesen, da die Pfleger viel besser werden, wenn sie verheiratet sind; man müsse aber in der Lage sein, dem betreffenden Pfleger auch eine Wohnung zu geben. Dem Wunsche des Abg. Antrick, daß besonders für eine ausreichende Speisung und Beköstigung in den einzelnen Anstalten Sorge getragen werde, kann sich Redner nur anschließen; gerade den Pflegepersonen, die in schwerer dienstlicher Arbeit den Tag über verbringen, müsse eine gute und ausreichende Speisung gewährleistet werden. Ebenso hält er eine Versicherung des Pflegepersonals gegen Unfall sowie einen Rechtsanspruch auf Ruhegehalt, Witwen- und Waisenversorgung für berechtigt. In den Provinzialanstalten sei dieser Forderung auch bereits Rechnung getragen.

Im Gegensatz zu dem Abg. Dr. Becker in der Sitzung vom 30. vorigen Monats betont hierauf Redner die große Bedeutung der sozialen Medizin für den Arzt und die Notwendigkeit besonderer Lehraufträge dafür an den Universitäten. Die medizinischen Fakultäten hätten sich im Jahre 1907 zwar dagegen ausgesprochen; eine im Auftrag des Deutschen Aerztevereinsbundes verfaßte Denkschrift habe aber schon damals die Schaffung von Professuren für soziale Medizin im Hauptamt an den größeren Universitäten, Einrichtungen zu Demonstrationen, seminaristische Uebungen und mehrstündige Kollegien für soziale Medizin verlangt. Das Gebiet der sozialen Medizin habe sich seitdem erheblich erweitert, so daß es wohl kaum noch einen Professor der älteren Disziplinen geben werde, der im Anschluß an seine klinischen Vor-

stellungen und Demonstrationen in genügender Weise das weite Gebiet der sozialen Medizin erörtern könne. Deshalb habe auch der Reichstag bei Abschluß der Reichsversicherungsordnung im Jahre 1911 zwei Resolutionen angenommen, dahingehend, daß auf allen Universitäten Lehrstühle für soziale Medizin errichtet werden, um die Studierenden der Medizin mit den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung, der Arbeiterschutzgesetzgebung und mit den bei der Durchführung dieser Gesetze den Aerzten erwachsenden Aufgaben vertraut zu machen, und daß auf deutschen Hochschulen die Reichsversicherungsgesetzgebung in größerem Umfange als bisher als Gegenstand zur Verhandlung kommt. Bei der Durchführung unserer gesamten Gesetzgebung, bei der Alters- und Invaliditätsgesetzgebung, bei der Unfall- und Krankenversicherungsgesetzgebung ist der Arzt der wesentlich Beteiligte. Es ist daher sehr dringend notwendig, daß er, bevor er sein Examen ablegt, und bevor er in die ärztliche Praxis eintritt, nicht nur auf dem rein wissenschaftlichen Gebiete sich ausreichende Kenntnisse über die verschiedenen Krankheitsformen erwirbt, sondern daß er auch über die soziale Gesetzgebung eine genaue Kenntnis besitzt. Er soll und muß vor seinem Eintritt ins öffentliche Leben genau über die Aufgaben unterrichtet sein, die ihm in den verschiedenen Gebieten als Knappschaftskassenarzt, als Schularzt oder in der Krankenpflege überhaupt bevorstehen; er muß auch die Pflichten kennen, die ihm hinsichtlich der Anzeigepflicht der übertragbaren Krankheiten obliegen; er muß auch die Einrichtungen und Tätigkeiten der ärztlichen Ehrengerichte, der Aerztekammern und des ärztlichen Vereinswesens sowie die Bestimmungen im Bürgerlichen Gesetzbuch und im Strafgesetzbuch über die Ausübung und der Verantwortlichkeit der ärztlichen Tätigkeit kennen. Da nach Zahl der klinischen Semester das Staatsexamen mit neuen Prüfungsgegenständen nicht mehr beschwert werden kann, so wird es sich in Berücksichtigung der Wichtigkeit der sozialen Medizin empfehlen, die soziale Medizin als Zwangskollegium in eins der ersten klinischen Semester zu verlegen, während die weitere praktische Bewertung und Ausbildung vielleicht in das praktische Jahr verlegt werden könne, das dann weit mehr als bisher denjenigen Wünschen und Anforderungen, wie sie vor seiner Einführung gehegt worden sind, entsprechen würde. Jetzt stellt es weiter nichts als eine Ausdehnung von zwei klinischen Semestern dar, denn der Medizinalpraktikant dürfe nichts tun, sondern solle nur hören und sehen.

Redner befürwortet sodann die **Erhöhung der Arzneitaxe** mit Rücksicht auf die sich immer bedenklicher gestaltende finanzielle und wirtschaftliche Lage des Apothekerstandes. Die Rezeptur habe wesentlich abgenommen infolge des vielfach offenen Handels von käuflichen Präparaten der pharmazeutisch-chemischen Fabriken, infolge der Kurpfuscherei und der Selbstdispensation aller Tierarzneimittel seitens der Tierärzte. Umgekehrt hätten sich die Geschäftsunkosten bezw. die Kosten für den Lebensunterhalt erheblich verteuert. In kleinen Städten und auf dem Lande gibt es eine Anzahl von Apothekern, die trotz größter eigener Sparsamkeit kaum so viel Umschlag haben, um ihr Debet am Jahresschluß mit ihrer Reineinnahme noch decken zu können. Die Hoffnungen und Wünsche, die seit Jahren gehegt und nunmehr von der Arzneitaxe für 1914 erhofft seien, hätten sich leider nicht verwirklicht, und wenn auch voraussichtlich die Krankenversicherungskassen einen größeren Umsatz bringen würden, so sei doch bei der im Krankenkassenwesen eingeführten Rezeptur, bei der billigen Handverkaufsliste und bei dem von dem Apotheker zu gewährenden Rabattsatze sowie bei dem sich mit Notwendigkeit ergebenden Nachlassen der bisherigen Privatpraxis zu befürchten, daß für die kleineren und mittleren Apotheker das finanzielle Ergebnis des Jahres 1914 kein gutes sein werde. Redner richtet deshalb im Interesse des hochzuhaltenden und besonders im Interesse des auf dem Lande und in den kleineren Städten in seiner Existenz gefährdeten Apothekerstandes an den Herrn Staatssekretär die Bitte, von den einzelnen Apothekern demnächst eingehende Berichte über die durch die Reichsversicherungsordnung nunmehr geschaffene finanzielle Lage der Apotheker in Stadt und Land einzufordern und auf Grund des dann gegebenen Materials eine durchgreifende, den Ansprüchen der Jetztzeit und den berechtigten Ansprüchen der Apotheker entsprechende Reform der Arzneitaxe möglichst bald und spätestens bis zum 31. Dezember d. J. vorzunehmen.

Zum Schlusse weist er dann noch auf den Uebelstand, der seit vielen Jahren durch den schwunghaften Handel mit alten, bereits **benutzten**

Korken und deren weitere Verwendung zum Verschluß von Gefäßen für Nahrungs- und Genußmittel besteht, hin. Sowohl aus hygienischen, wie aus sanitätspolizeilichen Gründen bedarf dieser Uebelstand dringend der Beseitigung. Nach einer dem Redner zugegangenen Schätzung des Vorstandes des Korkenfabrikenverbandes werden noch immer 20 bis 30 Millionen solcher alten Korke zum Verschluß von Flaschen, die Nahrungsmittel enthalten, verwendet. Redner frägt deshalb an, ob und in welcher Weise ein Einschreiten seitens der Reichsregierung gegen diesen ekelerregenden und gesundheitsgefährlichen Mißbrauch von Altkorken beabsichtigt sei.

Staatssekretär des Innern Dr. **Delbrück**: Der Abg. Antrick hat an einer ganzen Reihe von Einzelfällen nachzuweisen versucht, daß in den Verhältnissen unseres **Krankenpersonals** Mißstände beständen, die ein gesetzliches Eingreifen des Reiches dringend notwendig machten. Es ist nicht möglich, alle diese Ausführungen, von denen schon ein Teil bereits durch den Vorredner widerlegt oder mindestens auf das richtige Maß zurückgeführt worden ist, daraufhin zu prüfen, inwieweit sie auf tatsächlich zweifelsfreien Unterlagen beruhen; erfahrungsgemäß erweisen sich aber derartige Beschwerden häufig als grundlos oder auf Uebertreibungen beruhend; häufig stellen sie sich als Verallgemeinerungen einzelner Fälle heraus, die nicht ausreichen, um ein so absprechendes Urteil wie das des Abg. Antrick zu rechtfertigen. Redner erkennt aber trotzdem ebenso wie früher an, daß auf diesem Gebiete Uebelstände bestehen, die zu korrigieren und abzuschwächen selbstverständlich unsere Pflicht ist. Es fragt sich nur, ob das Ziel auf dem vom Abg. Antrick empfohlenen Wege eines Reichsgesetzes zu erreichen ist, oder ob wir nicht andere Wege gehen müssen. Gegen die Forderung, das Krankenpflegepersonal den Bestimmungen der Gewerbeordnung unterzustellen, und ihre Verhältnisse analog denen gewerblicher Arbeiter zu regeln, sprechen sehr erhebliche Bedenken, da die Krankenpfleger in ihrer Mehrzahl weder gewerbliche Arbeiter, noch ihre Arbeitgeber Gewerbetreibende im Sinne der Gewerbeordnung sind. Zum größten Teile sind diese Arbeitgeber gleichsam öffentliche Behörden; anderseits steht ein großer Teil des Krankenpflegepersonals im Dienst von katholischen Orden und Kongregationen, Diakonissenhäusern, charitativen Vereinen, die man unmöglich mit demselben Maße messen darf, wie man ein gewerbliches Unternehmen mißt. Soweit es sich nun um Behörden und öffentliche Betriebe handelt, sind wir in der Lage, von Aufsichts wegen einzugreifen; soweit auf dem Gebiete der Orden und der Kongregationen eine Einwirkung notwendig ist, kann dies durch die kirchlichen Oberen geschehen und geschieht auch schon. Deshalb erscheint es doch im hohen Maße bedenklich, hier mit einem Gesetze einzugreifen, das den Verhältnissen der gewerblichen Arbeiter nachgebildet ist. Dazu kommt, daß die Verhältnisse in den einzelnen Anstalten der Natur der Dinge nach außerordentlich verschieden liegen, z. B. zwischen einer großen, unter behördlicher Aufsicht stehenden öffentlichen Anstalt und einem kleineren Privatbetrieb, zwischen einer Irrenanstalt und einer allgemeinen Krankenanstalt, zwischen dieser und einer Entbindungsanstalt. Alle diese Verhältnisse bringen es mit sich, daß an das Pflegepersonal so verschiedene und so vielseitige Anforderungen gestellt werden müssen, daß es unmöglich erscheint, hier im Wege der gesetzlichen Regelung einzugreifen. Auch in bezug auf die Ausbildung des Pflegepersonals greifen alle diese Verschiedenheiten Platz. Die Einführung eines auf reichsgesetzlicher Grundlage beruhenden Befähigungsnachweises für das gesamte Pflegepersonal, also sowohl für die im öffentlicken Dienst befindlichen Krankenpfleger, als für die im Dienst der Orden, Kongregationen und Vereinen befindlichen Krankenpfleger hält Redner für unzweckmäßig. Worauf es in erster Linie ankommt, sei die Festlegung bestimmter Grundsätze über die Ausbildung und über die Prüfung dieses Personals, die je nach Lage des einzelnen Falles anzuwenden sind. Ueber derartige Grundsätze haben sich aber bereits die verbündeten Regierungen verständigt; es bleibt daher abzuwarten, wie sich diese Grundsätze bewähren. Erweisen sie sich als verbesserungsbedürftig, dann wird eventuell zu prüfen sein, ob eine reichsgesetzliche Regelung notwendig ist.

In bezug auf die Anstellungsverhältnisse und die Arbeitszeiten des Pflegepersonals haben die angestellten Ermittelungen tatsächlich eine ganze Reihe von Anständen ergeben, die zum Ausgangspunkt weiterer

Verhandlungen gemacht sind und für deren Beseitigung folgende Maßnahmen in Betracht kommen: „Eine in möglichst zahlreichen Anstalten durchzuführende grundsätzliche Trennung von Tag- und Nachtdienst; Gewährung einer mindestens neunstündigen Ruhezeit an solche Krankenpflegepersonen, die außer dem Tagdienst auch noch Nachtdienst zu leisten hatten, und zwar unmittelbar nach Beendigung der Nachtwache, und zugleich die Befreiung solcher Personen von einer Nachtwache in der nächstfolgenden Nacht; die Festsetzung des Beginns möglichst nicht vor 6 Uhr morgens und des Endes möglichst nicht nach 8 Uhr abends des regelmäßigen Tagesdienstes; die Gewährung mindestens eines freien Nachmittags in der Woche, an dem Ausgang zu gestatten ist, und der mindestens einmal im Monat auf einen Sonntag fallen soll; die Gewährung eines regelmäßigen jährlichen Urlaubs von mindestens 14 Tagen; die Aufstellung einer Dienstordnung und deren Kontrolle.“ (Sehr gut!) Auf Veranlassung der Reichsregierung haben die Bundesregierungen teils im Aufsichtswege, teils durch Einwirkung auf die kirchlichen Organe versucht, diese Maßnahmen zu verwirklichen. Es wird nunmehr geprüft, ob auf diesem Wege weitere Erfolge zu erreichen sind, ohne daß es eines Eingreifens der Gesetzgebung bedarf. Die Annahme des Abg. Antrick, daß auf diesem Gebiete nichts geschehen sei, ist somit unzutreffend. Der von seinen politischen Freunden empfohlene Weg, durch die Reichsgesetsgebung regulierend einzugreifen, ist jedenfalls unzweckmäßig bezw. nicht angangbar; der Annahme der vom Abg. van Calker vorgeschlagenen zweiten Resolution hat die Reichsregierung nichts entgegenzusetzen, da die verbündeten Regierungen bereits die Wege beschritten haben, die hier zum Beschreiten empfohlen sind.

Abg. Baron **Knigge** (konserv.): Kürzlich hat der Herr Geh. Med.-Rat Dr. Krohne in Berlin vor dem Verein Deutscher Studenten einen Vortrag über den **Rückgang der Geburten** in Deutschland gehalten und in erschreckender Deutlichkeit bewiesen, daß, wenn der Geburtenrückgang ebenso zunimmt, wie bisher, wir in 10 Jahren so weit sein werden wie Frankreich heute, d. h. daß dann in Deutschland mehr Menschen sterben als geboren werden. Er hat überzeugend nachgewiesen, daß die optimistischen Anschauungen, die zum Teil noch in Gelehrten- und Fachkreisen herrschen, unrichtig sind. Tatsächlich sind auch in Deutschland im Jahre 1912 100000 Kinder weniger geboren als im Durchschnitt von 1903 bis 1912. Im krassen Widerspruch hierzu stehen die Ausführungen des vortragenden Rats im Kultusministerium, Geh. Ob.-Reg.-Rats Dr. Elster, der mit Rücksicht auf die Ueberfüllung gewisser Berufsstände den Geburtenrückgang freudig begrüßt und das Dogma vom größtmöglichen Kinderreichtum für veraltet erklärt; eine kleine Kinderzahl sei vor Gott und den Menschen das richtige; man dürfe nicht nur auf Zahl, sondern auch auf Qualität sehen. Es ist betrübend, daß solche Ausführungen gemacht werden. — Redner begrüßt sodann mit Freude, daß die Summe von 50000 Mark zur Erforschung und Bekämpfung der **Tuberkulose** mehr eingestellt worden sei, da dieser Betrag besonders zur Bekämpfung der Seuche im Mittelstande dienen soll. Betreffs der **Pockenimpfung** fordert er auch im Namen seiner politischen Freunde, daß die gesetzlichen Vorschriften unbedingt eingehalten werden müssen. — Hinsichtlich der **Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen** gibt er zu, daß noch große Mängel bestehen, Ueberanstrengungen noch oft vorkommen und infolgedessen die Schwestern häufig körperlich und seelisch zusammenbrechen. Die Folge dieser Ueberanstrengung und der Nichtgewährung von regelmäßigen Arbeitspausen sei auch die große Sterblichkeit unter den Krankenschwestern und evangelischen Diakonissen, namentlich an Tuberkulose, die in über 50% der Todesfälle die Todesursache bilde. Redner bedauert, daß die von der preußischen Eisenbahnverwaltung bis vor zwei Jahren den Krankenschwestern in den Krankenhäusern gewährte Vergünstigung des halben Fahrpreises auf den Eisenbahnen wieder genommen sei, und bittet, diese ihnen recht bald wieder zu gewähren. Ein völlige Beseitigung der freien Verpflegung des Pflegepersonals in Krankenanstalten sei völlig ausgeschlossen, dagegen müsse in dessen Interesse alles geschehen, was irgend angängig sei; das koste jedoch viel Geld, und deshalb könne man nur langsam und schrittweise vorgehen. In erster Linie müsse allerdings die Tagesarbeit reduziert und den Schwestern mehr Ruhe gegönnt werden; außerdem sollten auch mehr angestellt

werden, damit die Schwestern nicht noch zu grober Hausarbeit, wie Fensterputzen, Waschen usw. herangezogen werden. Dann würden allmählich auch die anderen Wünsche in Erfüllung gehen können. Man dürfe an den alten Schwesternorganisationen nicht rütteln; denn sie haben unendlich viel Segen gebracht und werden auch noch unendich viel Segen bringen. Wohl müsse aber dafür gesorgt werden, daß die Krankenschwestern besseren Tagen entgegengehen und jeder Zeit sagen können: es ist eine Lust, zu leben, zu dienen und zu helfen.

Abg. Dr. **Blunk** (fortschr. Volks.) weist den Vorwurf des Abg. Antrick zurück, daß die bürgerlichen Parteien bei der Frage betr. die Verhältnisse des **Krankenpflegepersonals** versagt hätten; die Frage sei von diesen Parteien, insbesondere von der Partei des Redners, schon seit Jahren wiederholt in Anregung gebracht. Als Arbeitsdauer für die Krankenpflegepersonen hält er eine solche von 10 Stunden, die schon vor einigen Jahren vom Regierungspräsidenten in Potsdam vorgeschrieben sei, als durchaus angemessen. Soweit es sich um das eigentliche Krankenpflegepersonal handelt, erscheint eine obligatorische Ausbildung zweckmäßig und durchführbar, wenn man die Berechtigung zur Führung der Bezeichnung als Krankenpfleger bezw. Krankenschwester an die Ausbildung und an die Ablegung einer derartigen Prüfung bindet. Die vor sechs Jahren vom Bundesrat für die Prüfungsvorschriften festgestellten Grundsätze sind leider noch nicht in allen Bundesstaaten durchgeführt; der Bundesrat sollte deshalb bei den noch ausstehenden Bundesstaaten dahin wirken, daß sie wenigstens diese fakultativen Prüfungsvorschriften einführen. Die Frage der Regelung der Arbeitsverhältnisse der in der Krankenpflege beschäftigten Personen ist jetzt in vielen Punkten spruchreif, deshalb dürfen wir wohl erwarten, daß bei der allgemein als dringlich erkannten Notwendigkeit der Regelung dieser Verhältnisse der Bundesrat nun auch recht bald einen entsprechenden Gesetzentwurf vorlegt. Das wird ganz gewiß zum Segen für alle in der Krankenpflege beschäftigten Personen sein.

Abg. **Meyer-Celle** (nat.): Nach dem Abg. Giesberts sollen die **Gesundheitsverhältnisse in der Großeisenindustrie** ungünstig und demzufolge die Anzahl der Krankheitstage sehr groß sein. Letzteres kommt aber lediglich daher, weil die betreffenden Krankenkassen über 26 Wochen hinaus Krankengeld zahlen, falls bei dem Kassenmitglied Aussicht auf Heilung besteht. Deshalb eine Verkürzung der Arbeitszeit zu fordern, ist somit an sich nicht berechtigt; wichtiger ist es, sich zunächst erst darüber zu unterrichten, ob der Gesundheitszustand der Arbeiter wirklich so ist, wie man ihn schildert. Die Partei des Redners habe deshalb folgende Resolution eingebracht: „Der Reichstag wolle beschließen, den Herrn Reichskanzler zu ersuchen, das Reichsgesundheitsamt zu beauftragen, Erhebungen über den Gesundheitszustand der Arbeiter der Großeisenindustrie anzustellen.“[1]) Die menschliche Arbeitskraft ist eines der kostbarsten unserer nationalen Güter, das wohl ausgenuzt, aber mit dem niemals Raubbau getrieben werden darf. Deshalb erscheint es auch angezeigt, jene Erhebungen auf den **Gesundheitszustand der Hüttenarbeiter** auszudehnen; denn auch bei diesen findet ebenso wie in der Großindustrie ein vorzeitiger Verbrauch der Arbeitskraft statt, so daß in manchen Bezirken nur 18—20 % dieser Arbeiter über 40 Jahre alt werden. Daß die Zahl der **Unfälle** in der Großeisenindustrie auffallend zugenommen haben soll, ist unzutreffend; denn diese Zunahme beträgt seit 1886 nur 42 %, in anderen gewerblichen Betrieben dagegen 92 %. Sie ist außerdem dadurch bedingt, daß infolge der Kranken- und Unfallversicherung die Arbeiter selbst geringfügige Unfallverletzungen anmelden. Ein großer Teil der Unfälle ist auf Nichtbeachtung der Unfallverhütungsvorschriften und zwar weniger seitens der Arbeitgeber als seitens der Arbeitnehmer zurückzuführen. Deshalb ist es auch fraglich, ob durch Verkürzung der Arbeitszeit die Zahl der Unfälle sich vermindern wird; denn die größere Zahl der Unfälle kommt erfahrungsgemäß nicht am Schluß, sondern bei Beginn der Arbeitszeit vor. Die Einrichtung der Sicherheitsmänner in den Bergwerken hat bisher in bezug auf die Verhütung von Unfällen den gehegten Erwartungen nicht entsprochen. Wirksamer würde es sein, wenn die Arbeiter längere Zeit auf einer und derselben Arbeitsstelle verbleiben. Aus diesem

[1]) Diese Resolution ist vom Reichstage in der Sitzung vom 17. d. M. angenommen.

Grunde rechtfertigt sich auch die Institution der Werkspensionskassen, deren Verbot gewisse Berufsvereinigungen von Arbeitern verlangen. Die Klagen über die unmäßig hohe Zahl der Ueberstunden in der Großeisenindustrie sind berechtigt. Wenn im Regierungsbezirk Düsseldorf bis zu 30 Ueberstunden in der Woche vorgekommen sind, so ist dies ein Unfug, an dessen Abstellung die Werke selbst ein dringendes Interesse haben. Das Ueberstundenwesen muß nach Möglichkeit eingeschränkt werden; ganz beseitigen läßt es sich nicht. Dasselbe gilt von der Sonntagsarbeit, die nur für die notwendigen Reparaturen zugelassen sein sollte, bei denen von einer Ueberanstrengung der Arbeiter nicht die Rede ist. Die von Arbeitergeberseite veranlaßte Darstellung der wirklichen Arbeitszeit der Arbeiter in der Großeisenindustrie innerhalb der Zwölfstundenschicht ist von den Sozialdemokraten angegriffen worden; sie ist aber weit zutreffender als die einseitig von den Sozialdemokraten angestellten Erhebungen. Petitionen, die Verkürzung der Arbeitszeit verlangen, übersehen ganz, daß die körperliche Arbeit in diesen Betrieben nicht zu-, sondern abgenommen hat. Auch die von sozialdemokratischer Seite gemachten Angaben über Entlassungen älterer Arbeiter und über die Umgehung der bestehenden Vorschriften über die Beschäftigung Jugendlicher sind nicht zutreffend; gegen eine solche Umgehung gibt schon die scharfe Kontrolle der Gewerbeaufsichtsbeamten genügende Bürgschaften. Der gegen die gesamte Arbeitgeberschaft erhobene Vorwurf, sie habe es verstanden, wie alle Gesetze, so auch die Bundesratsverordnung von 1908 zu umgehen, wird von dem Redner mit aller Entschiedenheit zurückgewiesen. Die 24stündige Wechselschicht bei den Hochöfen ist fortgesetzt Gegenstand heftiger Angriffe; die zur Prüfung dieser Frage eingesetzte Kommission wird hoffentlich zu einem ersprießlichen Resultat auf diesem Gebiete kommen. Sollte der Erlaß einer neuen Bundesratsverordnung über die Arbeitszeit in der Großeisenindustrie beabsichtigt sein, dann sollte deren Entwurf erst vorher den beteiligten Kreisen zur Aeußerung bekanntgegeben werden.

Abg. **Büchner** (Soz.): Der Abg. Baron Knigge hat sich mit dem **Geburtenrückgang** beschäftigt; dabei ist der Geh. Ober-Reg.-Rat Elster ebenso wie bei den Gesinnungsgenossen des Barons Knigge im preußischen Abgeordnetenhause schlecht weggekommen, da er den Geburtenrückgang mit einer gewissen Höhe der Kultur in Zusammenhang bringt. Die Grundursachen desselben sind jedoch die ungünstigen sozialen, wirtschaftlichen Verhältnisse; mit kleinen Palliativmittelchen, wie mit einer Bekämpfung der Antikonzeptionsmittel, ist nichts zu erreichen. Daß der Rückgang der **Sterblichkeit** mit den Schutzzöllen zusammenhängt, ist eine neue Offenbarung der Konservativen, die sogar das wichtigste Mittel zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit, die **Milch**, mit einem Zoll belegen wollen. — Wir verlangen eine **reichsgesetzliche Regelung des Hebammenwesens**, die schon seit 30 Jahren gefordert worden ist, aber alle Petitionen in dieser Richtung sind bisher unerfüllt geblieben. Der ehemalige Staatssekretär des Innern von Bethmann-Hollweg hat gesagt, das Hebammenwesen eigne sich nicht zu einer reichsgesetzlichen Regelung; durchschlagende Gründe für diese Ansicht sind aber nicht angeführt. Wo ein Wille, ist auch ein Weg; die ewigen Erwägungen nützen nichts. Im Reg.-Bez. Allenstein wird ein Drittel aller Frauen ohne jede Hilfe entbunden; dafür gibt es dort aber eine große Zahl Kurpfuscher. Von 10000 Müttern, die bei der Geburt sterben, sterben 7000 an Kindbettfieber; gerade die ärmsten Frauen werden davon getroffen. Nach Geh. San.-Rat Dr. Brennecke können jährlich 8000 Wöchnerinnen und Frauen vor langwierigem Siechtum durch wirksamen Mutter- und Säuglingsschutz gerettet werden; dieser Schutz sei aber zur Zeit noch eine klägliche Halbheit und müsse gründlich reformiert werden. Wo ärztliche Hilfe, sorgsame Pflege und Wirkung bereitstehen, wie in wohlhabenden Familien, Entbindungsanstalten und Wöchnerinnenheimen, da ist das Kindbettfieber so gut wie ausgeschlossen. Leider sei in der Reichsversicherungsordnung die Gewährung von freier ärztlicher Geburtshilfe und Hebammenhilfe nur als fakultatives Recht und nicht als Regelleistung vorgesehen. Im Interesse der Menschheit und der Kultur liegt die Gewährung der Unentgeltlichkeit der Geburtshilfe, des nötigen ärztlichen Schutzes und Beistandes in der Schwangerschaft, die deshalb von der Partei des Redners verlangt werde. Es hieß im vorigen Jahre, die Regierung ginge mit der Absicht um, einen Teil des Hebammenwesens reichsgesetzlich zu regeln;

die Entschließung des Bundesrats auf die vorjährige Resolution hat aber diese Hoffnung zu schanden gemacht. Für Kulturzwecke hat die Regierung keine Mittel. Die Hebammenvereine haben Petitionen an den Reichstag gerichtet, die alle Beachtung verdienen. Sie fordern eine Erhöhung der Ausbildung bis zu ungefähr zwei Jahren, damit sie der Mutter eine vollwertige Beraterin sein können. Außer einer besseren Ausbildung der Hebammen muß auch ihre Stellung sozial und wirtschaftlich gehoben werden. 75 % aller Hebammen nagen am Hungertuch, besonders die auf dem platten Lande angestellten. Es kommt vor, daß Hebammen mit empörender Rücksichtslosigkeit behandelt werden, daß sie in Armenhäusern wohnen müssen, daß sie bei Wind und Wetter stundenlang zu Fuß nach Haus gehen müssen. Die Hebammen haben heute noch keinen Anspruch auf eine reichsgesetzliche Zwangsversicherung und keinen Anspruch auf ausreichende Entschädigung, Pension oder Unterstützung, wenn sie infolge von Ansteckung berufsunfähig werden, obwohl die Gefahr der Ansteckung für sie eine große ist. Das Reich hat die Pflicht, dafür zu sorgen, daß die Hebammen im Alter versorgt werden. Redner bittet deshalb, der von seiner Partei gestellten Resolution, die eine reichsgesetzliche Regelung des Hebammenwesens verlangt, zuzustimmen. **Möge denn die Regierung endlich zur Tat übergehen.**

Abg. **Krings** (Zentr.) weist auf die Mißstände durch die **Staubentwicklung der Autos** hin. An vielen Orten, besonders am Rhein, werden infolge dieser Staubentwicklung viele Gebäude geschädigt. Dazu kommen die hygienischen Gefahren für die Atmungsorgane. Die von der Natur am meisten begünstigten Gegenden sind besonders gefährdet. Der Ministerialdirektor Lewald erklärte vor zwei Jahren, es sei dies eine straßenbautechnische Frage. Bei einigem guten Willen könnte auf die Provinzialverwaltung ein Druck ausgeübt werden, damit diese gesundheitsschädlichen Belästigungen eingeschränkt oder vermieden werden. Bedauerlich ist auch die übermäßige Geschwindigkeit der Automobile; man sollte dieserhalb eine bessere Kontrolle ausüben. Jedenfalls sollte dafür gesorgt werden, daß die Straßen bei trockenem Wetter gesprengt werden.

Direktor im Reichsamt des Innern Dr. **Lewald** gibt ohne weiteres zu, daß durch die schnelle Entwicklung des **Automobilverkehrs** die **Staubplage** zugenommen hat. Man kann sich fragen, wo Abhilfe zu schaffen ist, bei den Automobilen oder bei der Chaussee. In England hat man mit der Teerung der Landstraßen die Staubplage fast vollständig gebannt. So etwas kennt man bei uns nicht. Man muß auch zugeben, daß eine solche Staubplage gesundheitliche und wirtschaftliche Schäden bringt; hiergegen kann aber nur ein anderer Bau der Landstraßen Abhilfe schaffen, womit sehr große Unkosten verknüpft sind. In England hat man die gesamten Beträge der Benzin- und Automobilsteuer einer besonderen Behörde übertragen, die 3 Millionen Pfund einnimmt und sie systematisch an Gemeinden und andere Stellen verteilt zur Teerung der Straßen. Bei der viel größeren Ausdehnung Deutschlands würde das ganz enorme Summen kosten. Immerhin haben wir auch in dieser Beziehung Fortschritte gemacht. Man hat ganz umfassende Versuche vorgenommen und in der Nähe von München durch Teerung der Straßen das gleiche Resultat wie in England erzielt. 1916 findet in München ein internationaler Straßenbaukongreß statt, wo diese Fragen und ähnliche noch einmal genauer geprüft werden müssen. Es ist zu hoffen, daß man allmählich auch in Deutschland dahin gelangen wird, wenigstens die großen Straßen, die vorzugsweise dem Automobilverkehr dienen, zu teeren. Durch Versuche der Biologischen Anstalt ist übrigens festgestellt, daß durch die Teerung die anliegenden Felder und die Bäume keinen Schaden erleiden. Geschwindigkeitsprüfungen auf deutschen Landstraßen sind schon seit Jahren nicht mehr gestattet; die Besorgnis, daß Wettrennen auf den Straßen abgehalten werden, trifft also nicht mehr zu. Vielfach geht man jetzt auch dazu über, besondere Automobilstraßen zu bauen.

Abg. Dr. **van Calker** (natl.) dankt dem Staatssekretär des Innern für die freundliche Erklärung zu der von seiner Partei eingebrachten Resolution, betreffend die reichsgesetzliche Regelung der Arbeits- und Rechtsverhältnisse des in den öffentlichen und privaten Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten tätigen **Krankenpflegepersonals**, insbesondere dafür, daß durch das Reichsgesundheitsamt allgemeine Grundsätze über Regelung der Arbeitsverhältnisse des Kranken-

pflegepersonals **aufgestellt und an die einzelnen Bundesstaaten hinausgegeben sind. Er glaubt, daß dadurch zum ersten Male bekannt geworden ist, daß** solche Grundsätze überhaupt aufgestellt sind, und hofft, daß dies günstig wirken, die einzelnen Krankenhausverwaltungen sich mit der Frage beschäftigen und die Grundsätze beachten werden. Der Resolution der Sozialdemokraten kann Redner nicht zustimmen, weil sie ihm nicht weit genug geht. Der Staatssekretär hat mit Recht darauf hingewiesen, daß es möglich sein könne, durch Vereinbarungen zwischen den verschiedenen Regierungen etwas zu erreichen; damit kommen wir über das Gebiet der Reichsgewerbeordnung hinaus und können unsere Wirksamkeit auf alle Gebiete erstrecken, wo Krankenpfleger beschäftigt werden. Redner hofft, die Annahme seiner Resolution werde in dem Sinne auf die verbündeten Regierungen wirken, daß überall da, wo gesetzliche Regelung nicht möglich ist, die Vereinbarung an die Stelle tritt. Die Annahme der Resolution werde aber auch den Krankenpflegern und -pflegerinnen gegenüber ein Zeichen der Anerkennung für die Opferfreudigkeit in ihrem entsagungsvollen Berufe sein und sie zu weiterer treuer und segensreicher Arbeit im Dienste des gesamten deutschen Volkes ermutigen.

Abg. **Leube** (fortschr. Volksp.) bemängelt die Bestimmungen über die **Quarantäne des einzuführenden Schlachtviehs** als über das Ziel hinausschießend; sie verteuern auch den Viehimport, insbesondere den aus Dänemark. Wenn die Maul- und Klauenseuche im Deutschen Reiche wieder stärker aufgetreten ist, so ist nicht die Einschleppung aus dem Auslande daran schuld. Auch sonst ist das deutsche **Fleischbeschaugesetz** reformbedürftig, so hinsichtlich der Vorschriften über die Einfuhr ausländischen Fleisches. Deshalb ist eine Erleichterung der jetzigen Bestimmungen, auch mit Rücksicht auf die Einfuhr von Gefrierfleisch nötig, damit die Gesundheit des deutschen Volkes nicht geschädigt werde. Wenn die Gutachten des Reichsgesundheitsamts in dieser Hinsicht auch günstig wären, so würde ihnen leider nachher aus politischen Gründen nicht stattgegeben.

Abg. **Frommer** (kons.) erwidert, daß die **Maul- und Klauenseuche** stets vom Auslande eingeschleppt sei, namentlich in den östlichen Provinzen. Er fordert deshalb einen stärkeren Grenzschutz und wünscht eine Einstellung größerer Mittel in den Etat zur wissenschaftlichen Erforschung dieser Viehseuche, die für die Landwirtschaft außerordentliche Verluste verursache.

Abg. **Dombek** (Pole) kann den Ausführungen des Vorredners betreffs der Maul- und Klauenseuche nur zustimmen und wendet sich dann gegen die Ausführungen des Abg. Meyer-Celle hinsichtlich der **sanitären Verhältnisse der in der Großeisenindustrie** und im **Bergbau** beschäftigten Arbeiter. Die Werkspensionskassen im Bergbau seien in der Tat reformbedürftig; es sei eine Zusammenfassung des gesamten Knappschaftskassenwesens notwendig. Drei Werkskassen in Oberschlesien, zu denen die Arbeiter jahrelang Beiträge gezahlt hätten, seien durch die Mißwirtschaft der Arbeitgeber zugrunde gerichtet worden, die es auch verstehen, die Bundesratsverordnungen von 1908 zum Schutz der Arbeiter zu umgehen.

Abg. **Mumm** (wirtsch. Vgg.): Der sozialdemokratische Antrag würde der **Reform des Krankenpflegewesens** nur Steine in den Weg legen. Daß die Reform wirklich marschiert, hat die gestrige Rede des Staatssekretärs gezeigt. Es ist zu wünschen, daß eine wirklich durchgreifende Reform sobald als möglich wirksam eingeführt werde. Eine Ausdehnung der Gewerbeordnung auf das Krankenpflegepersonal hält Redner für untunlich; es gibt in Deutschland allein 23000 evangelische Diakonissen, auf welche die Gewerbeordnung nicht übertragen werden kann. Zum Teil ist in den Diakonissenanstalten bereits eine zehnstündige Arbeitszeit eingeführt, also eine kürzere, als sie der Abg. Antrick befürwortet hat. Ferner besteht eine zweistündige Mittagspause und ein vierwöchiger, nicht vierzehntägiger Erholungsurlaub. Es handelt sich um vorbildliche Zustände, die eine so tiefgreifende Aenderung nicht nötig machen, wie sie von den Sozialdemokraten gefordert wird. Es bestehen auch Feierabendshäuser; desgleichen ist die Sterblichkeit keineswegs ungünstiger als bei anderen Frauenberufen. Von den Schwestern des Diakonissenhauses Bethanien in Berlin sind 13 % über 60 Jahr alt.

Hervorragende Aerzte kämpfen seit 20 Jahren für eine Reform des **Hebammenwesens**; die Sache soll auf dem Marsche sein; bisher hat man aber

noch nichts davon gehört, wohin marschiert wird und ob man schließlich dem Ziele schon etwas näher gerückt ist. Nachdem dann Redner die Notwendigkeit einer verbesserten **Säuglingspflege** und eine **Bekämpfung des Handels mit antikonzeptionellen und Abortivmitteln**, sowie eine **Einschränkung** der **Unsittlichkeit** verlangt hat, geht er näher auf den **Schutz der jugendlichen Arbeiter** ein und bedauert, daß gerade die Vertreter Deutschlands auf der Internationalen Konferenz in Bern gegen das Verbot der Nachtarbeit jugendlicher Arbeiter unter 18 Jahren gewesen sind und selbst dem Kompromißantrag Hollands, der auf 17 Jahre lautete, nicht zugestimmt haben. Deshalb sei es notwendig, die von dem Abg. Graf Posadowsky betr. das Verbot der Nachtarbeit für solche Jugendliche einstimmig anzunehmen. In der Groß-Eisenindustrie ist durch Einführung der 24stündigen Wechselschicht eine Verschlechterung eingetreten, die unter allen Umständen wieder beseitigt werden muß. Notwendig ist auch, daß die Arbeitszeit, insbesondere die Sonntags- und Nachtruhe der in der Binnenschiffahrt und Flößerei beschäftigten Personen geregelt wird, wie solche in der Resolution Behrens verlangt wird. Vielleicht ist eine solche Regelung auch bezüglich des Gastwirtschaftsgewerbes möglich.

Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. **Bumm** teilt betreffs **Regelung des Hebammenwesens** mit, „daß der Reichsgesundheitsrat in den Tagen des 13. und 14. März v. Js. versammelt war und über die Aufstellung einheitlicher Grundsätze für die Ausbildung der Hebammen beraten hat. Zu dieser Sitzung waren eine Reihe Direktoren von Hebammenschulen, Vertreterinnen des Hebammengewerbes und eine Reihe von Persönlichkeiten, die in ihrer Berufstätigkeit mit dem Hebammengewerbe zu tun haben, eingeladen. Der Reichsgesundheitsrat hat im Verein mit diesen Sachverständigen und Interessenten einen Entwurf von Grundsätzen für die Regelung des Hebammenwesens aufgestellt, der hauptsächlich über folgende Fragen und Gegenstände eine einheitliche Ordnung herbeizuführen bezweckt:

> Die Erfordernisse für die Zulassung der Ausbildung für den Hebammenberuf, die Art und Dauer des Hebammenunterrichts, die Prüfung, die Nachprüfungen, die Einführung von Wiederholungslehrgängen, die Anmeldung der Berufsausübungen, das Verbot bestimmter Anpreisungen, das Verhalten der Hebammen gegenüber den Behörden und Aerzten, die Pflichten der Hebammen zur Hilfeleistung, ihre Tagebuchführung, das Verhalten der Hebammen bei Todesfällen und bei bestimmten Krankheiten der Säuglinge oder deren Mütter, das Verbot der Behandlung in bestimmten Fällen, die nur dem Arzt zugewiesen werden dürfen, ferner die Pflicht der Hebammen, bei den Müttern auf das Selbststillen ihrer Säuglinge hinzuwirken, und das Verhalten der Hebammen bei Entbindungen in der Wohnung der Hebamme, außerdem noch die Frage der Zulässigkeit der Nebenbeschäftigung der Hebammen und die Beaufsichtigung des Berufs der Hebammen.

Diese Grundsätze sind dem Herrn Staatssekretär des Innern vorgelegt, der sich daraufhin zunächst mit der Königlich preußischen Regierung in Verbindung gesetzt hat. Es sind jedoch auch die nötigen Einleitungen getroffen, um im Benehmen mit den Bundesregierungen eine einheitliche Regelung des Hebammenwesens herbeizuführen. Gegenüber der Behauptung des Abg. Büchner, daß heutzutage noch so viele Frauen die Entbindung ohne jegliche Hilfe vor sich gehen lassen müssen, will Redner gar nicht bestreiten, daß heute noch in vielen Fällen Wöchnerinnen in bedauernswerter Notlage ihrer Entbindung entgegensehen müssen, namentlich auf dem platten Lande, wo übrigens die aus den tatsächlichen Verhältnissen sich ergebende, oft beim besten Willen nicht überwindbare Schwierigkeit vorliegt, noch zur rechten Zeit aus weiter Entfernung die Hebamme oder den Arzt an Ort und Stelle herbeizuholen. Aber so sehr man auch wünschen kann, daß noch Verbesserungen auf diesem Gebiete eintreten, — das eine muß man doch anerkennen, daß unsere soziale Gesetzgebung, unsere Verwaltungsgesetzgebung und überhaupt die staatliche und öffentliche Fürsorgetätigkeit sich alle Mühe gegeben hat, auf dem Gebiete der Wöchnerinnen- und Säuglingspflege Verbesserungen herbeizuführen, und daß es tatsächlich besser geworden ist. Vielfach stehen die Bestimmungen in unseren Versicherungsgesetzen und sonstigen

einschlägigen Verordnungen allerdings noch lediglich auf dem Papier und werden nicht voll ausgenutzt. Von hier aus dafür zu sorgen, daß überall von den Befugnissen und Ermächtigungen, die die Gesetze geben, Gebrauch gemacht wird, ist aber unmöglich; dagegen empfiehlt es sich, daß auf die betreffenden Kassenverwaltungen und Verwaltungsstellen, erforderlichenfalls auch in den Landesparlamenten, dahin gewirkt wird, daß überall den Wöchnerinnen die volle Hilfe zuteil wird, die die Reichsgesetzgebung zu gewähren ermöglicht. Endlich wäre es undankbar, wenn man hier gegenüber den Ausführungen des Herrn Abg. Büchner nicht gedächte der vielfachen, nicht hoch genug anzuerkennenden Bestrebungen der privaten Wohltätigkeit und der privaten Fürsorge für Hilfe und sachgemäße Pflege bei Wöchnerinnen und Säuglingen. Nicht nur die Erbauung und Schaffung von Wöcherinnenheimen, von Entbindungsanstalten hat in sehr weitem Umfange zugenommen, sondern auch die Säuglings- und Mütterfürsorge in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht, so daß der Vorwurf, als ob in Deutschland für Wöchnerinnen und Säuglinge nichts geschehe, ungerechtfertigt ist.

Die von dem Abg. Gerlach vorgebrachten Beschwerden betreffs wiederholter **Verwendung alter gebrauchter Korke** sind nicht in allen Punkten begründet. Es kommt doch sehr darauf an, zu welchem Zwecke die Verwendung erfolgt. Daß die Linoleumindustrie, daß Betriebe zur Herstellung von Isoliermaterial, daß Korksteinfabrikanten alte Korke verarbeiten lassen, dagegen wird nicht das geringste einzuwenden sein. Es wäre eine Vergeudung wirtschaftlichen Materials, wenn man schon einmal verwendete Korke verbrennen oder sonstwie vernichten würde. Ebenso wird auch nichts dagegen einzuwenden sein, daß solche Korke z. B. zum Verschlusse von Petroleumgefäßen und von Gefäßen für chemische Stoffe verwendet werden. Ja selbst in der Nahrungsmittelindustrie wird gegen gewisse Korke, wenn sie die richtige Reinigung erfahren haben, nichts einzuwenden sein, z. B. gegen die Faßkorke aus Bierbrauereien und die Tiragekorke aus Sektflaschen, die bei ihrem erstmaligen Gebrauch gar nicht durchbohrt werden. Verwerflich ist jedoch die Verwendung von Korken, die aus Müll- oder aus sonstigen unappetitlichen Vorräten aufgesammelt werden und dann, umgearbeitet, wieder zum Verschluß von Gefäßen, in denen Genußmittel aufbewahrt oder versandt werden, z. B. zum Verschlusse von Bier- oder Weinflaschen Verwendung finden. Es hat deshalb auf Anregung der deutschen Korkfabrikanten der Herr Reichskanzler schon im Jahre 1909 eine Umfrage bei sämtlichen Bundesregierungen veranstaltet und auf Grund des Ergebnisses dieser Rundfrage dann nochmals ein Rundschreiben unterm 25. Januar 1910 an die verbündeten Regierungen gerichtet, in dem das Ersuchen ausgesprochen ist, die Nahrungsmittelpolizeibehörden und die Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genußmittel anzuweisen, ein scharfes Auge auf den Korkhandel zu richten. Auch ist in dem Rundschreiben empfohlen, die Krankenhausverwaltungen anzuhalten, daß sie Korke, die bei ihren Betrieben schon Verwendung gefunden haben, nicht zur Wiederverwendung im Nahrungsmittelhandel hinausgeben, und außerdem auch auf die Stadtverwaltungen einzuwirken, daß sie nicht Korke aus den Brockensammlungen und Müllansammlungen an solche Fabriken gelangen lassen, welche sich mit der Herstellung von Korken für die Nahrungsmittelhandelindustrie befassen. Es sind seitdem keine Klagen mehr eingegangen, und es scheint auf dem Gebiete des Handels mit Korken im allgemeinen Ordnung eingetreten zu sein. Denjenigen, die mit neuen Korken handeln, sind diese alten Korke natürlich ein Dorn im Auge, weil sie ihnen eine unangenehme Konkurrenz bereiten. Man darf aber nicht Material ohne weiteres der Vernichtung überliefern, wenn es sich für technische Zwecke oder wenn es sich sogar nach einer gewissen Reinigung nochmals für Nahrungsmittelzwecke verwenden läßt. Auch der Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, also die oberste französische Gesundheitsbehörde, hat in einem Gutachten vom Jahre 1911 sich dahin ausgesprochen, daß gegen schon einmal gebrauchte Korke, sofern sie entsprechend gereinigt worden sind und sofern sie als solche deklariert werden, an sich nichts einzuwenden ist, wenn sie wieder in den Verkehr gebracht werden.

Gegenüber den Klagen des Abg. Leube über die unnötige Vernichtung von Fleisch auf Grund des **Fleischbeschaugesetzes** betont Redner, daß diese Mengen zu gering seien, um für die Fleischversorgung der deutschen

Bevölkerung eine Rolle spielen zu können; sie betrugen im Jahre 1912 etwa 12000 Doppelzentner gegenüber einer Einfuhr von 551000 Doppelzentner und einem Gesamtfleischvorrat in Deutschland von 34960000 Doppelzentner Fleisch. Auch die von dem Abg. Leube angeregte Aufhebung oder Erleichterung der Quarantäne für das Schlachtvieh ist nicht zu befürworten, da sie ein ganz wesentlicher Rückschritt in dem Schutz gegen die Einschleppung von Viehkrankheiten aus dem Auslande bedeuten würde. Ebenso kann dem Wunsche des Abg. Leube betreffs größerer Verwendung von Gefrierfleisch bei der Heeresverpflegung, um dadurch mehr frisches Fleisch für die übrige Bevölkerung frei verfügbar zu machen, nicht Rechnung getragen werden, da es doch besser ist, wenn die Truppen frisches Fleisch erhalten. Außerdem würden die inländischen Viehproduzenten vielleicht dadurch abgeschreckt werden, ihrerseits die Viehzucht und Viehmast zu steigern.

Redner bespricht dann die Maßregeln zur Bekämpfung der **Maul- und Klauenseuche**, die erfreulicherweise jetzt nicht mehr so verbreitet, als im Vorjahre sei, und betont schließlich, daß die wissenschaftliche Erforschung dieser Seuche im Reichsgesundheitsamt mit allem Eifer und mit allem Nachdruck fortgesetzt werde.

Abg. **Thumann** (Els.) hält ebenso wie der Abg. Dr. Gerlach eine **Erhöhung der Arzneitaxe** für dringend notwendig; denn die hohen sozialen Lasten, die heute den Apothekenbesitzer treffen, die Steigerung der Löhne und Besoldungen des Personals, der Lebensmittelpreise usw., die das Apothekergewerbe ebenso stark belasten als die anderen Gewerbe des Mittelstandes, erheischen dringend eine Berücksichtigung der berechtigten Wünsche der Apotheker nach einer Erhöhung der Arbeitspreise in der Arzneitaxe. Die Laien können sich gar keine Vorstellung davon machen, daß es viele Hunderte von Apothekern gibt, die von einem sehr kleinen Umsatz, von 5- bis 10000 Mark, ihren Lebensunterhalt herauswirtschaften sollen; aber gerade die kleinen Apotheken sind in dünn bevölkerten Gegenden höchst notwendig für die Bewohner, die sonst mehrere Meilen Wegs zum nächsten Apotheker gehen müssen.

Redner wünscht sodann mit Rücksicht auf die Zunahme der Obstweinherstellung ein **Obstweingesetz** sowie eine recht baldige gesetzliche Regelung des Verkehrs mit **Malzweinen**, die von der Regierung bereits zugesagt sei. Dem Antrag Baumann betreffs der Aussetzung eines Preises für die Auffindung eines wirksamen und praktisch verwertbaren Mittels zur Bekämpfung des Heu- und Sauerwurms stimmt er zu und bittet angesichts der immer zunehmenden Einfuhr von ausländischen Weinen, die nicht alle den strengen Vorschriften, die für unsere einheimischen gelten, genügen, um eine recht fürsorgliche Beachtung des einheimischen Weinbaues seitens der Reichsbehörden.

v. Jonquières, Direktor im Reichsamt des Innern, teilt mit, daß die erwarteten Vorschriften zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbs auf dem Gebiet der **Malzweine** dem Bundesrat zugegangen sind.

Abg. **Jäckel** (Soz.) macht zunächst auf die außerordentlich schwere Gefährdung der Gesundheit Hunderttausender **Arbeiterinnen** unserer Industrie aufmerksam, besonders in der Textilindustrie, die gewöhnlich als nicht besonders gesundheitsschädlich und als nur wenig gefährlich bezeichnet wird, eine Ansicht, die keineswegs zutrifft. Gesundheitsschädlich ist nicht bloß die scharf vorgebeugte Haltung, die diese Arbeiterinnen Tag für Tag bei der Arbeit (mindestens täglich 10 Stunden) einzunehmen gezwungen sind, sondern z. B. bei Spitzenwebereien auch die Gefahr einer Bleivergiftung. Bei unvermuteten Entnahmen von den zu diesen Spitzengeweben benutzten Garnen ist ein Drittel mit Blei beschwert festgestellt. Redner betont dann weiter die Notwendigkeit einer Weiterführung des **Schutzes der jugendlichen Arbeiter** nach der Richtung hin, daß für sie die Nachtarbeit verboten wird. Der vom Abg. Graf v. Posadowsky gestellte Antrag geht nur noch nicht weit genug; denn man sollte mit diesem Verbote nicht bis zu einem Beschluß der internationalen Konferenz für Arbeiterschutz warten, sondern der Bundesrat sollte gleich die Initiative dazu ergreifen. Gerade die Zustände in der Spitzenindustrie beweisen die Notwendigkeit eines solchen Vorgehens, da in den letzten Jahren eine ganz rapide Zunahme der Nachtarbeit jugendlicher Personen zu verzeichnen sei und zwar infolge der Verwendung eines neuen Apparats

(Automat), der den Sticker überflüssig macht und bei dessen Benutzung, die meist mit Einführung von Tag- und Nachtarbeit geschieht, vorzugsweise jugendliche Arbeiterinnen eingestellt werden. Redner wiederholt dann seine alte Klage über das sogenannte Schiffchenküssen in der Baumwollweberei. Noch immer müssen dort Tausende von Weberinnen und Webern den Schußfaden mit dem Munde durch das Oehr des Schiffchens ziehen. Eine Unmenge von Staub, Schmutz, Baumwollfasern, Farbpartikelchen usw. gelangen damit in den Mund des Arbeiters und selbstverständlich auch in die inneren Organe. Auch die Gefahr der Ansteckung und folgender Krankheit ist hier gegeben. Die Regierung sollte doch endlich Schiffchen, die das Durchsaugen des Schußfadens erfordern, verbieten und anordnen, daß statt dessen mechanisch wirkende Saugvorrichtungen aufgestellt werden.

Eine in hohem Maße die Gesundheit der Arbeiter in der gesamten Textilindustrie gefährdende Ursache ist ferner der außergewöhnliche Mangel an Reinlichkeit in den Fabriken. Unter den rheinischen und sächsischen Fabriken der Wollstoffbranche findet man Fabriken, die seit ihrem Bestehen noch niemals gereinigt worden sind, in denen niemals ein nasser Lappen den Fußboden berührt und niemals der Pinsel des Malers an die Wände kommt. Wenn hochgestellte Leute Fabriken besichtigen wollen und dies wochen- oder monatelang vorher bekanntgeben, wird vorher in den Fabriken gepinselt, gewaschen und gescheuert. Die Tatsache, das es Betriebe gibt, wo gereinigt, gewaschen, getüncht wird, beweist, daß das doch möglich ist. Besonders ungünstig liegen die Verhältnisse in den Flachsgarnspinnereien; die Arbeiterinnen sind einem beständigen Sprühregen ausgesetzt; außerdem ist der ganze Fußboden völlig durchnäßt. Hier ist es eigentlich ein Gebot der Menschlichkeit, daß die Unternehmer angewiesen werden, für wasserdichte Kleidung zu sorgen, die den Unterleib und auch die unteren Teile der Brust gehörig schützt. Das ist nicht nur im gesundheitlichen Interesse nötig, sondern auch aus Gründen der Sittlichkeit, da die Arbeiterin jetzt geradezu genötigt ist, halb nackt zu arbeiten, solange sie keine wasserdichte Kleidung hat und weder gegen dem fortgesetzten Sprühregen, noch gegen den feuchten Niederschlag der heißen Wasserdämpfe geschützt ist. Dazu kommt die geradezu in der Textilindustrie sich immer mehr in unliebsamer Weise fühlbar machende steigende Ermüdung der beschäftigten Arbeiterinnen, namentlich der verheirateten Frauen, infolge der permanenten Ueberarbeitung. Es ist daher auch nicht zu verwundern, daß gerade in den Textildistrikten eine außergewöhnlich hohe Säuglingssterblichkeit besteht, die, wie Redner durch Beispiele zu erhärten sucht, vielfach 24—28% betrug gegenüber 17,43% des Reichsdurchschnittes. Fürst Bismarck hat einmal im Abgeordnetenhause um die Mitte des vorigen Jahrhunderts das Wort gesprochen: die Großindustrie degeneriert unser Volk; dies Wort gilt auch noch heute in bezug auf die Wirkungen der Großindustrie, die zur Degeneration und physischen Entartung des in der Fabrik schaffenden weiblichen Geschlechts führt. Deshalb fordern wir als ersten Schritt Schaffung eines Ruhetages für die in der Fabrik arbeitenden Frauen und Mädchen oder wenigstens Freigabe des Sonnabendnachmittags, eine Forderung, die in England schon längst gesetzlich festgelegt ist.

Abg. List (natl.): Im Interesse der **Gesundheit der Arbeiter** ist zwar noch manches zu tun; die Besserung schreitet aber doch langsam vorwärts. Vieles von dem, was der Abg. Jäckel gesagt hat, kann man als richtig anerkennen; vieles ist aber zu stark und übertrieben dargestellt worden. Immerhin können wir das Reichsgesundheitsamt nur bitten, ein wachsames Auge auf alle Mängel zu haben, die tatsächlich noch bestehen, und nach Mitteln für ihre Abhilfe zu suchen. Daß z. B. die Manipulation des Schiffchenküssens heute noch immer besteht, ist zu bedauern, obgleich man über die gesundheitlichen Schäden des Durchsaugens mit dem Munde schon lange klar ist. Hier muß eine Vorrichtung gefunden werden, um auf mechanischem Wege den Faden durch das Oehr zu ziehen. Die ganze Frage wäre sofort gelöst und das Suchen nach einer Einrichtung wäre unnötig, wenn der sogenannte Automatenstuhl allgemein eingeführt würde; hiergegen leistet aber die Arbeiterschaft Widerstand, weil dadurch viel Arbeitskräfte ausgeschaltet werden. Auch die brauchbaren Schiffchen mit mechanischer Einfädelvorrichtung haben

bisher bei den Arbeitern wenig Gegenliebe gefunden. Jedenfalls haben sich die Arbeitgeber mit der Frage der Einführung mechanischer Webschützeneinfädelvorrichtungen eingehend beschäftigt und alles getan, um in dieser Beziehung bessere Zustände zu schaffen. Die Arbeiter befürchten aber durch die Einführung solcher mechanischer Vorrichtungen eine Schmälerung ihres Verdienstes und setzen ihr deshalb Widerstand entgegen. Immerhin möchte Redner im Interesse unserer Volkswohlfahrt auch seinerseits die Regierung dringend bitten, dieser Frage ihre stetige Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Abg. **Poppe** (Zentrum) bittet, mit der Erforschung der **Maul- und Klauenseuche** in der bisherigen Weise fortzufahren, und bei der Durchführung der Abwehrmaßregeln sowie bei der Gewährung von Entschädigungen nicht zu rigorös vorzugehen.

Abg. **Vogt** (kons.) spricht sich in gleichem Sinne aus und warnt dringend von der vom Abg. Leube angeregten Milderung der Absperrungs- und Quarantänemaßregeln. Er bittet um wirksame Maßnahmen zur Bekämpfung der **Reblausgefahr** sowie um größeren Schutz und schärfere Kontrolle gegen die **Einfuhr fremder Weine.** Die Weine müßten nicht nur analytisch, sondern auch nach dem Geschmack auf Grund des Nahrungsmittelgesetzes untersucht werden. Eine gefährliche Konkurrenz für die Weingärtner sind die **Malzweine,** die sehr wenig Malz enthalten und mit großen Mengen Zuckers versetzt werden. Eine unlautere Konkurrenz sind auch die **Obstweine.** Zum Schluß betont Redner, daß auf keinem Gebiete ein so großer Schwindel betrieben werde, wie auf dem des **Honigs.** Wirklichen Bienenhonig bekommt man sehr wenig zu sehen; durch den Vertrieb des Kunsthonigs werden aber die Imker geschädigt. Nur das ist Honig, was die Bienen draußen aus den Blüten sammeln. Es müßte ein Gesetz erlassen werden, daß als Honig nur reiner Bienenhonig verkauft werden darf.

Direktor im Reichsamt des Innern Dr. v. **Jonquières** erwidert: Eine **Revision des Nahrungsmittelgesetzes** ist eingeleitet. Der Bundesrat soll die Befugnis erhalten, Normativbestimmungen zu treffen über die Zusammensetzung und Beschaffenheit der wichtigsten Nahrungsmittel. Das Reichsgesundheitsamts hat bereits solche Normativbestimmungen ausgearbeitet, darunter auch solche über Honig.

Abg. Dr. **Struwe** (fortsch. Volksp.) bittet, daß den **Medizinalpraktikanten** die Ableistung des praktischen Jahres auch bei praktischen Aerzten gestattet werde, sie könnten dann während dieser Zeit auch in das schwierige Gebiet der **sozialen Medizin** eingeführt werden. Die Resolutionen der bürgerlichen Parteien, betreffend die Regelung der Verhältnisse des **Krankenpflegepersonals,** ist durch den Abg. van Calker schon so warm empfohlen worden, daß sich eine weitere Begründung erübrigt. Die Bestrebungen, dem **Kurpfuschertum** zu Leibe zu gehen, haben die Gründung eines Zentralverbandes für die Parität der Heilmethoden zur Folge gehabt, der aber ein reiner Kurpfuscherschutzverband sei. Der Präsident dieses Verbandes, ein sog. Laienpraktiker, verwendet als Arznei lediglich Olivenöl und gibt dies zu jedem Preise, den er bekommen kann (2, 5, 10 und 15 M. und noch mehr), als ein Mittel gegen alle möglichen Krankheiten, Syphilis, Kropf, Tuberkulose, Wassersucht, Rückgratschwindsucht, usw. ab, ja es hilft nach den Anpreisungen, die er verbreitet, auch wenn man die Krankheit gar nicht hat, sondern vielleicht nur die Neigung dazu. Dieser Verband hat sich seltsamerweise auch auf die Sympathie der Herren im Reichsgesundheitsamt berufen. In jüngster Zeit hat sich die Kurpfuscherei immer weiter ausgebreitet; namentlich der Unfug des Gesundbetens, des weder wissenschaftlichen noch christlichen Phrasentums, das gerade in Berlin grassiert und noch in jüngster Zeit den Tod der bekannten Schauspielerin Nascha Butze verursacht hat. Gegen derartigen Unfug hilft nur fortgesetzte Aufklärung durch Aerzte, Vereine usw.; wünschenswert hierzu ist aber eine Uebersicht über die alljährlich vorkommenden Gesundheitsschädigungen durch Kurpfuscher und über die zahlreichen Verurteilungen von solchen, die vom Reichsgesundheitsamt bearbeitet werden sollte.

Für den Schutz des heimischen Viehs gegen **Einschleppung von Viehseuchen,** speziell der **Maul- und Klauenseuche,** aus dem Auslande haben wir volles Verständnis; aber das Reichsgesundheitsamt wird selbst zugeben,

daß es seine Ansichten über die Quarantäne gewechselt hat. Der Abg. Leube hat zum Ausgangspunkt seiner Forderung die Auffassung gemacht, daß die Ernährung des Volkes und des Heeres in jeder Situation gesichert sein muß. Besondere Grenzdistrikte, wie sie jetzt der Abg. Frommer haben will, hat man früher vergeblich befürwortet; dasselbe gilt von den sofortigen Abschlachtungen. Leider fordern die Konservativen nicht die Sachverständigenkommission, die wir damals gefordert haben und auch heute wieder fordern müssen. Sie würde zunächst eine Beruhigungskommission sein für die unmittelbar betroffenen Bauern und Züchter; sodann würde sie aber auch die Möglichkeit bieten, Beschwerden anzubringen, ohne daß man an den Landrat oder an den Regierungspräsidenten zu gehen braucht, was sehr oft seine Unannehmlichkeiten hat. Erfreulich ist, daß man heute auch etwas von Anerkennung der wissenschaftlichen Leistungen auf diesem Gebiete gehört hat. Das Reichsgesundheitsamt darf aber nicht dulden, daß die Erforschung und Bekämpfung der Maul- und Klauenseuche das Monopol einer, wenn auch noch so berühmten Gelehrtenschule wird.

Abg. **Jäckel** (Soz.) bestreitet, daß die Arbeiter der Einführung eines mechanischen Webeschiffchens widerstrebten und betont, daß z. B. in Nordamerika die Anwendung von solchen mit automatisch verbundenen Saugvorrichtungen gesetzlich vorgeschrieben sei.

Abg. **Kerschbaum** (natl.): Nicht immer ist es gelungen, die **Maul- und Klauenseuche** wirksam zurückzudrängen. Auf dem Gebiete der Erforschung der Tierkrankheiten ist überhaupt noch viel zu arbeiten. Der mittlere und kleine Bauernstand sind am meisten an dieser Frage interessiert. Die deutsche Landwirtschaft steht dem Viehseuchengesetz von 1909 mit sehr gemischten Gefühlen gegenüber. Die lästige Seuchenplage erfordert ja scharfe, polizeiliche Maßregeln; aber anderseits sind in den vielen Paragraphen des Gesetzes auch viele Belästigungen für den mittleren und kleinen Landwirt enthalten. Insbesondere sollten von den belästigenden Vorschriften des Gesetzes **Sammelmolkereien** tunlichst befreit werden. Die Errichtung einer besonderen Sachverständigenkommission kann Redner ebenso wie die weitere Ausdehnung der Entschädigungspflicht nur befürworten.

Nach Schluß der Debatte wurde die von dem Abg. van Calker vorgeschlagene Resolution betreffs der Regelung der Arbeits- und Rechtsverhältnisse des Krankenpflegepersonals einstimmig angenommen, der weitergehende Antrag der Sozialdemokraten gegen die Stimmen der Antragsteller abgelehnt. Ebenso wurden angenommen die Resolutionen des Abg. Albrecht (Soz.) wegen reichsgesetzlicher Regelung des Hebammenwesens und des Abg. Dr. Graf Posadowsky-Wehner wegen internationalen Verbotes der Nachtarbeit für Jugendliche bis zu 18 Jahren, der Abgg. Behrens und Dr. Dahlem wegen Regelung der Arbeitszeit insbesondere der Sonntags- und Nachtruhe der in der Binnenschiffahrt beschäftigten Personen und des Abg. Frommer wegen Einstellung größerer Mittel zur Erforschung des Erregers der Maul- und Klauenseuche.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Gerichtliche Medizin.

Zur Kenntnis der Ameisensäurevergiftung. Von Dr. med. W. Lutz, II. Assistenten am Institut (Pathol. anatom. Instit. Basel, Prof. Hedinger). Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin usw.; 1913, XLVI. Bd., 2. H., S. 239.

Einem Arbeiter einer chemischen Fabrik war durch Platzen eines Destillationsapparates 90 %ige Ameisensäure unter 1,5 Atm. Druck aus nächster Nähe ins Gesicht gejagt worden. Er stürzte sofort mit gerötetem Gesicht und schwerer Atemnot in den anstoßenden Saal und konnte Milch nicht schlucken. Er starb 6 Stunden später. Die Obduktion, 7 Stunden nachher, ergab braunrote Farbe an Gesicht und Hals, an Kinn und Nase kleine Hautvertrocknungen, einige größere an Schultern und Armen, blutige Bindehautentzündung, starke Blähung von Magen und Colon transversum, entzündliche Schwellung von Zungengrund, Gaumen, Rachen und Speiseröhre; das Epithel fetzig-weißlich abgelöst, Entzündungen von Kehlkopf und Luftröhre, Magen-

inhalt und Magenwand schwarz, Schleimhaut fehlt; schwarze Flüssigkeit reicht bis ins Jejunum; im oberen Teile derselben auf der Höhe der Falten stellenweise leichte Geschwürsbildung, auf anderen Falten viel zäher Schleim. Ausgedehntere Nekrosen im Anfange des Ileums mit dickem Schleimbelag. Im Dickdarm und Mastdarm einige submuköse Blutungen. Hyperämie der Nieren und Hämoglobinurie. Die histologische Untersuchung ergab, daß die Nekrose der Schleimhäute stellenweise bis zur Muscularis vorgedrungen war, besonders war dies im unteren Oesophagus der Fall, obwohl die oberen Schichten hier gerade wenig verändert waren. Im Mageninhalt wurde Ameisensäure nachgewiesen. Konzentrierte Ameisensäure wirkt somit wie eine stark ätzende Flüssigkeit.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Ueber einen Fall von traumatischer Lungenruptur ohne Fraktur des Thoraxskeletts. Von Privatdozent Dr. Tilp, I. Assistent am pathologischen Institut zu Straßburg i. E. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1913, 46. Bd., 2. Heft, S. 340.

Die Beobachtung der nach Quetschung des Thorax zwischen zwei Eisenbahnwagen aufgetretenen hochgradigen Zerreißung aller Lappen der rechten Lunge und der größeren Bronchien am Hilus ist dadurch bemerkenswert, daß sie einen 36 jährigen Mann betrifft. Bei so erheblichen Organzerreißungen pflegen Skelettverletzungen gewöhnlich nur bei Kindern und jugendlichen Individuen mit elastischen Rippen zu fehlen. Leider ist über den Zustand der Rippenknorpel und die Elastizität der Rippen in diesem Ausnahmefalle nichts Näheres mitgeteilt.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Der Fall Justschinski. Von Dr. F. Straßmann. Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin usw.; 1913, 46. Bd., 2. Heft, S. 342.

Kurze Schilderung der inzwischen verhandelten Kiewer Ritualmordanklage und Anzeige der als Manuskript gedruckten Gutachten der von der Verteidigung befragten Sachverständigen (Haberda-Wien, Ziemke-Kiel, Lacassagne-Lyon, Thoinot-Paris, Pepper, Mercier, Wilcox-London, Bleuler-Zürich, Bonnhöffer und Bödicker-Berlin, Forel-Ivorne, Meyer-Königsberg, Wagner v. Sauregg und Obersteiner-Wien). Diese alle verurteilten gleichmäßig das die Anklage stützende Gutachten Sikorskis. Straßmann selbst konstatiert, daß in den vier von ihm miterlebten Ritualmordprozessen, Tisza-Eszlar, Xanten, Polna und Konitz, leider in allen Fällen die Anklage durch ein unrichtiges ärztliches Gutachten ermöglicht worden ist. Aber während jene Gutachten ihren Verfassern und der von ihnen vertretenen Wissenschaft wenigstens nicht zur Schmach gereichten, sei das Sikorskische Gutachten das erste, das „sich darstellt als das reine Produkt seiner Phantasie, einer Phantasie, die einem Kannibalen Ehre machen würde".

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Obergutachten der Königl. Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen vom 28. Mai 1913. Entschädigungsklage des Maurers E. S. Referenten: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kraus und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bonhoeffer. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin usw.; 1913, 46. Bd., 2. Heft, S. 219.

Der Kläger hatte auf einer Krankenhausabteilung für Syphilitische gegen seine Syphilis am 12. Juli 1910 von einem Volontärarzt eine intramuskuläre Einspritzung von Salvarsan erhalten, das damals auf jener Station in größeren Mengen verwendet wurde. Wenige Tage nachher bildete sich eine linksseitige Peroneuslähmung aus, die völlige Erwerbsunfähigkeit zur Folge hatte. Wichtig ist, daß ein zweiter Kranker, der am gleichen Tage von demselben Arzte ebenso behandelt worden war, dieselbe Lähmung davon trug und ebenfalls auf Schadenersatz gegen die Stadt, der das Krankenhaus gehört, den Abteilungsleiter und den Volontär klagte. Für die persönliche Beurteilung des Volontärs wird ein Zeugnis aus seiner kurz vorhergegangenen einjährig-freiwilligen Tätigteit angeführt, wonach er trotz guten Willens und regen Eifers so ungeschickt und ärztlich so wenig leistungsfähig war, daß er einfach nicht zu brauchen gewesen sei.

Das Gutachten hebt hervor, daß ein technischer Fehler, nämlich die Einspritzung in zu großer Nähe des Nerven, zwar möglich, aber durch nichts erwiesen sei. Die Methode an sich war damals durchaus berechtigt. Die Schädigung des Nerven kann auch auftreten, wenn die Entfernung der Injektionsstelle vom Nerven relativ groß ist, weil die auftretenden Nekrosen die weitere Nachbarschaft mit befallen. Aber diese Erfahrung ist erst viel später gewonnen worden. Nervenschädigungen nach intramuskulärer Quecksilberbehandlung waren bis dahin äußerst selten und deshalb nicht allgemein bekannt; sie konnten die Injektion daher nicht kontraindizieren. Wenngleich bei den größeren Flüssigkeitsmengen, die die Salvarsanmethode erfordert, Vorsicht nötig war, so wird doch auf die direkten Injektionen in den Ischiadicus bei Neuralgien verwiesen, die eine Verletzung des Nerven an sich nicht bedenklich erscheinen lassen konnten. Der ursächliche Zusammenhang der Lähmung mit dem Eingriff wird bejaht, allerdings nicht durch Vermittlung einer spezifischen chemisch-toxischen Wirkung des Salvarsans, obwohl möglicherweise schon damals eine syphilitische Erkrankung des Peroneus bestand. Dem Stationsleiter kann keine Fahrlässigkeit vorgeworfen werden; denn die intramuskuläre Injektion ist ein so einfacher Eingriff, daß jeder approbierte Arzt dazu befähigt und berechtigt sein muß, zumal wenn er dermatologisch vorgebildet war und 7 Wochen lang täglich zahlreiche derartige Behandlungen von kundigster Hand hatte machen sehen. Es wird also ein unglücklicher Zufall, kein strafbares Verschulden angenommen. Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Gerichtliche Feststellung der Impotenz und Perversität. Von Dr. Moriz Porosz-Budapest. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin usw.; 1913, 46. Bd., 2. Heft, S. 309.

In zwei Gutachten über angeblich impotente und perverse Männer sind eine Anzahl diagnostischer Hilfsmittel zur Erkennung dieser Zustände erwähnt. Außer den bekannten Kennzeichen impotenter Männer prüft der Verfasser den Füllungszustand der Samenblasen vor und nach einem Coitus. Die Feststellung der Volumabnahme ist auch wichtig für die Erkennung, ob überbrachtes Sperma vom Untersucher selbst stammen kann. Als Zeichen einer „Prostataatonie", bei der eine gewisse Herabsetzung, aber durchaus keine Aufhebung der Potenz angenommen werden könne, nennt er das tropfenweise Aufhören des Urinierens, während bei ganz normaler Prostata das Harnlassen mit einigen ruckartigen Stößen endet. Fehlen von Samenzellen im Urin nach der Defäkation, nach dem Urinieren und besonders nach dem Betasten der Prostata gilt als Zeichen ganz gesunder Potenz; der Austritt von Sperma in die Harnröhre bei dieser Untersuchung soll auf eine gewisse Impotenz schließen lassen. Ueber Perversitäten sind einige allgemeinere Bemerkungen gemacht, auf die verwiesen wird.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Gerichtsärztliche kritische und experimentelle Studien über Baunscheidtismus. Ein Beitrag zur Geschichte des Kurpfuschertums. Von Dr. med. Franz Schrammen, Kreisassistenzarzt und Hilfsarbeiter an der Königl. Regierung zu Königsberg. (Aus dem bakteriolog. Laboratorium der Stadt Cöln, Prof. Dr. Czaplewski). Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin usw; 1913, Bd. 46, H. 1 und 2, S. 63 und 325.

Die Arbeit bringt eine umfassende Darstellung der geschichtlichen Entwicklung des Baunscheidtismus, z. T. nach sehr schwer zugänglichen Quellen, und beschäftigt sich dann zum ersten Male eingehend mit seiner gerichtsärztlichen Bedeutung, die das Verfahren noch heute besitzt, da es noch neuerdings zu Anklagen gegen Kurpfuscher geführt hat. Von den verschiedenen Arten des Baunscheidtismus werden zurzeit am meisten die Originalmethode Baunscheidts und das ähnliche Schauenburgsche Verfahren angewandt. Bei beiden wird die Haut mit Nadelinstrumenten gestichelt und in die Stichwunden dann ein reizendes Oel eingerieben, dort das „Oleum Baunscheidtii", hier das Oleum exanthematicum". Analysen dieser Geheimmittel zeigen weitgehende Uebereinstimmung, wenn auch die Zusammensetzung etwas schwankt, wahrscheinlich, weil die Firma Baunscheidt & Co., die das erstere Mittel jetzt vertreibt, sie absichtlich ändert. Nach eigenen und fremden Untersuchungen enthält das exanthematische Oel Krotonöl, vom Baunscheidtschen konnte

es nur sehr wahrscheinlich gemacht werden. Tierversuche ergaben schwere Reizerscheinungen durch beide Oele, namentlich an nicht epithelalem Gewebe (subkutanes Gewebe, Muskeln usw.), aber auch am Darm und vor allem den Nieren. Sie wirken sowohl von der Haut aus, wie innerlich und subkutan. Intravenöse Injektion bewirkt den sofortigen Tod des Tieres. Es ist also jedenfalls eine sehr gefährliche Methode, zumal häufig weit stärker krotonölhaltige Oele eingerieben werden, als die zu den Versuchen benutzten. Bei Nierenkranken, auch Lungenkranken und schwächlichen Personen und bei sehr ausgedehnter Baunscheidtierung ist die Gefahr besonders groß. Unter 17 mitgeteilten gerichtlichen Anklagen sind 4 mit tödlichen Ausgängen, die höchstwahrscheinlich dem Verfahren wesentlich zur Last fallen. Häufig erfolgte Verurteilung wegen fahrlässiger Körperverletzung. Die beobachteten Schädigungen sind übermäßige Hauteiterung und Pustelbildung, Hautgangrän, Neuritiden, lokale Infektionen, sehr heftiger allgemeiner Schmerz, Verschlimmerung vorhandener Krankheiten, die geheilt werden sollten, starke Leukozytose, Disposition zu Blutungen, starke Abnahme der Körperkräfte, Geistesverwirrung, Gesichtsrose, Venenentzündung, Darm- und Nierenentzündung, Brandigwerden nicht unmittelbar behandelter Körperstellen. Bei vorsichtigem, aseptischem Verfahren und rechtzeitiger Anwendung anderer Mittel kann das Verfahren jedoch nicht als schädlich bezeichnet werden; trotz 60jähriger Uebung durch Aerzte und Laien hat es doch nur vereinzelt schwere Schäden und Todesfälle bewirkt. Fahrlässig ist die Fortsetzung der Behandlung trotz Auftreten der Verschlimmerung des Zustandes. Zu berücksichtigen sind ferner die Menge und Art des verwendeten Oeles, sein Gehalt an Krotonöl (Ol. exanthem = 10 % Krotonöl), die Zahl der Wunden (bei mildester Ganzbehandlung 7320 Wunden) und die Individualität des Kranken. Die unbefugte Ueberlassung der stark krotonölhaltigen Arzneimischungen (Abteil. II der Giftliste) verstößt gegen die Kaiserl. Verordnung, das StGB. § 367 Abs. 3, 5 und die Giftpolizei-Verordnung.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Besprechungen.

Dr. Dreuw, Polizeiarzt für Haut- und Haarleiden in Berlin. **Hygiene im Friseurgewerbe.** Für Friseure, Aerzte, Medizinal- und Verwaltungsbeamte, Lehrer und Laien. Berlin 1914. Verlag: Deutsche Allg. Friseur-Zeitung. Mit 130 Abbildungen. 222 S.

Ein Standartwork der Friseurhygiene! Der erste Versuch eines Arztes, in systematischer Stoffanordnung das umfangreiche Material zu sammeln und mit eigenen Vorschlägen zu erweitern. Das Buch ist für Friseure, Aerzte, Medizinal- und Verwaltungsbeamte, Lehrer und für Laien geschrieben; kein anderer konnte hierfür so berufen sein, wie der Reformator der Hygiene im Untersuchungszimmer des Polizeiarztes, dessen polizeiärztliche Ausstellung des Königl. Polizeipräsidiums auf der internationalen Hygieneausstellung in Dresden 1911 die Beachtung aller hygienischen Fachkreise erregte. Der Versuch, ein Buch der „Friseurhygiene" zu schreiben, ist Dreuw vollständig gelungen. Ueberall erkennt man den Fachmann, den das ganze Gebiet beherrschenden Dermatologen und Arzt, der sich durch jahrelange Besuche in den Friseurstuben und Friseursalons selbst an Ort und Stelle überzeugt hat. Eine jahrelange Arbeit, Beobachtung und Sichtung des Materials liegt in dem Werk verborgen.

Es enthält 8 Kapitel, die durch den Friseur übertragbaren Krankheiten, die Verhütung derselben und die Haarpflege; 130 Abbildungen zeigen die Erreger der Krankheiten und die Krankheiten selbst: die Schimmelpilze, Spaltpilze und Protozoen. Als die durch den Friseur übertragbaren Krankheiten werden in besonderen Kapiteln beschrieben: I. Tierische Parasiten: a) Kopfläuse, b) Filzläuse, die, wenn auch selten, in den Augenbrauen gefunden werden. II. Schimmelpilze: a) Bartflechte (Herpes tonsurans). b) Kopfflechte (Herpes tonsurans). c) Mikrosporie (Microsporon Audouini). d) Favus (Achorion Schönleinii). III. Spaltpilze: a) Impetigo, Pustelflechte, Eiterpustel (Kokken). b) Furunkel (Staphylokokken). c) Karbunkel (Staphylokokken). d) Milzbrand (Milzbrandbazillen). e) Hauptabszesse (Staphylokokken). f) Rose (Streptokokken). g) Sykosis oder Bartfinne (Staphylokokken). h) Lupus oder Tuberkulose des Ge-

sichts (Tuberkelbazillen). i) Syphilis (Spirochaeta pallida). IV. Unbekannte Erreger: Alopecia areata (kreisförmige Kahlheit). V. Anhang: Für den Friseur wichtige, aber nicht ansteckende Erkrankungen des Gesichts und des behaarten Kopfes: a) Ekzem (nässende Flechte, Salzfluß). b) Alopecia ekzematosa (durch Ekzem hervorgerufene Kahlheit). Zahlreiche Abbildungen veranschaulichen die technischen Vorschläge, wie sie in solcher Reichhaltigkeit in der medizinischen Literatur ein Novum bedeuten.

Besondere Aufmerksamkeit aus dem Hauptabschnitt: Hygiene — Verhütung der Krankheiten — verdienen die folgenden Kapitel: Antisepsis im Friseurgeschäft: A) Allgemeines über Sterilisierung. B) Spezielle Maßnahmen der Sterilisierung: 1. Geschäftsraum. 2. Metallinstrumente (Messer, Scheren, Nagelfeilen etc.) und Glas- und Porzellansachen. 3. Tücher, Servietten, Watte, Mäntel etc. 4. Pinsel, Rasiermesser, Haarbürsten, Streichriemen. 5. Salben. 6. Wässerige und spirituöse Lösungen. 7. Puder. 8. Händereinigung. 9. Verschiedenes: a) Blutstillung, b) antiseptische Rasierseife, c) Pedikure und Manikure, d) Kopfmassage. Namentlich die Methode der Pinselsterilisierung, die der von Dreuw erdachten und in Berlin ausgeführten Zentralisierung auf dem Königl. Polizeipräsidium Berlin nachgebildet ist, dürfte es ermöglichen, daß tatsächlich die Uebertragung im Friseurgeschäft unmöglich gemacht wird. „Jedem Kunden ein steriler Pinsel", das ist das Motto. Und wie dies ohne Schädigung des Gewerbes zu erreichen ist, darüber gibt das Buch eine positive Antwort.

In der Haarpflege unterscheidet die Kosmetik, d. h. die Behandlung des aus dem Kopf hervorragenden Hornfadens und die Diätetik, d. h. die Behandlung der in der Kopfhaut befindlichen Haarwurzel. A. Kosmetik: I. Diäteto-kosmetische Behandlung. 1. Waschen und nachheriges Trocknen. 2. Anwendung von Haarpflegemitteln (wässerige, spirituöse, ätherische, benzin-etc. haltige). 3. Puder. 4. Einfetten. 5. Mayonnaisieren. 6. Mechanische Kopfreinigung. 7. Schutz der Haare durch den Hut. — II. Rein kosmetische Behandlung: 1. Brennen, Kräuseln, Ondulieren. 2. Kämmen, Toupieren, 3. Bürsten, Schneiden. 4. Färben. 5. Haareinlagen, Perücken. — B. Diätetik: I. Aeußere Mittel. Eine rein diätische äußere Behandlung ist 1. die Massage, 2. die elektrische, 3. die Röntgen- und 4. die Lichtbehandlung, von denen die beiden letzteren nur Sache des Arztes sein können. II. Innerliche Mittel. Diese nur vom Arzte zu verordnenden Mittel kommen in Frage, wenn der Haarwuchs durch allgemeine, den ganzen Körper betreffende Erkrankungen (Syphilis, Bluterkrankungen, Typhus etc.) beeinflußt wird.

Es ist ein Werk in populärer Weise für den Friseur geschrieben, (aus der Praxis für die Praxis); es ist aber auch ein wissenschaftliches Buch voller neuer Ideen und Vorschläge, aus dem auch der Arzt, der Spezialarzt und Hygieniker manche Belehrung schöpfen und manche neue Tatsache erkennen lernen wird. Es darf nicht flüchtig gelesen, es muß in seinen Einzelheiten studiert werden. In der Tat, der Verfasser hat eines der schwierigsten Probleme gelöst, nicht mit theoretischen Erwägungen, sondern mit modernen, technischen, konkreten Vorschlägen, die dazu den Vorteil haben, durchführbar zu sein. Das Motto des Buches: In einem modern eingerichteten Friseurladen können und dürfen ansteckende Haut-, Haar- und Geschlechtskrankheiten nicht übertragen werden, ist durchaus berechtigt. Wenn der Friseur die angegebene Methodik befolgt, dann ist eine Uebertragung unmöglich. Wir haben es mit Vorschlägen zu tun, die den Behörden und den Innungen nicht warm genug empfohlen werden können, denen das Buch immer ein Leitfaden sein und bleiben wird.

Das Werk ist dem Andenken des so früh verstorbenen Lehrers des Verfassers, Prof. Dr. Oskar Lassar in Pietät gewidmet. Einem würdigeren, als dem Vertreter des öffentlichen Badewesens und der Volkshygiene konnte das Buch nicht gewidmet werden. „Möge es in dem von Lassar stets erstrebten Sinne, wenn auch nur kleinem Maße, Anteil haben an der Reform des so wichtigen Zweiges der allgemeine Hygiene", so lautet der Schluß des Vorwortes des Verfassers. Das Buch bedeutet eine Umwälzung auf dem Gebiete der bisherigen Auffassungen und — das steht heute schon fest, — es wird der Friseurhygiene ein neues Fundament geben. Dr. Harder, Hautarzt, Berlin.

Dr. Taussig, Oberstabsarzt-Sarajewo: **Kropf und Kretinismus.** Eine epidemiologische Studie. Mit 8 Abbildungen und 2 Karten im Text. Jena 1912. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°, 156 S. Preis: geh. 5 M.

Mit der Durchforschung des kropf- und kretinverseuchten Bezirkes Svelvenica in Bosnien beauftragt, hat Verfasser Gelegenheit genommen, sich eingehend mit der Aetiologie von Kropf und Kretinismus zu beschäftigen. Er hat zu diesem Zweck auch die einschlägigen Verhältnisse in den übrigen Bezirken Bosniens, in Steiermark und Tirol studiert und kommt da zu dem Schluß, daß der Genuß von Meersalz Kropfimmunität zur Folge hat, worauf er seine therapeutischen Vorschläge aufbaut. Ueber die eigentliche Aetiologie des Kropfes bringt er nichts Neues. Der Kretinismus hängt seiner Ansicht nach nicht mit Wasser und Boden zusammen, sondern sei Folge des Kropfes der Mutter. Der Zustand des Vaters habe keinen direkten Einfluß. Verfasser hat mit Fleiß ein großes Material zusammengetragen; wenn seine Schlußfolgerungen auch sicher nicht unwidersprochen bleiben werden, so kann seine Abhandlung doch den beteiligten Kreisen zum Studium empfohlen werden.

Rpd. jun.

Dr. Hasslauer, Oberstabsarzt a. D., München: **Das Gehörorgan und die oberen Luftwege bei der Beurteilung der Militärdienstfähigkeit mit Berücksichtigung der Staaten mit stehendem Heere.** Berlin 1913. Verlag von Oskar Coblentz. Gr. 12°, 280 S. Preis: geb. 6,50 M.

Das vorliegende Büchlein soll dem nicht spezialistisch vorgebildeten Sanitätsoffizier ein ständiger Ratgeber sein, der ihm bei den vielen zweifelhafter Fällen, die gerade die Erkrankungen des Gehörorganes und der oberen Luftwege sowohl bei der Musterung und Einstellung, als im Dienste bieten, sachgemäße Aufklärung gibt. Verfasser bespricht zuerst die für die Beurteilung der Militärpflichtigen in Deutschland geltenden allgemeinen Bestimmungen und wendet sich dann dem Gehörorgan zu. Er behandelt eingehend die Untersuchung, Prüfung und Beurteilung des gesunden und kranken Gehörorganes bei der Musterung, Einstellung und im Verlauf der Dienstzeit, sowie die Frage der Dienstunbrauchbarkeit und des Versorgungsanspruches; daran schließt sich ein Kapitel über Behandlung während der Dienstzeit. In gleicher Weise werden die oberen Luftwege abgehandelt. Dann folgt ein kurzer Abschnitt über die Beurteilung des Grades der Erwerbsunfähigkeit bei Erkrankungen des Gehörorganes und der oberen Luftwege. Zum Schluß sind kurz die Grundsätze wiedergegeben, nach denen in dieser Beziehung in Bulgarien, Dänemark, Frankreich, Italien, Japan, Niederlande, Oesterreich, Rußland, Schweden, Schweiz und Spanien verfahren wird.

Die Aufgabe, die Verfasser sich gestellt hat, hat er gut gelöst; sein Buch wird jedenfalls dem Sanitätsoffizier ein guter Ratgeber sein. Rpd. jun.

Dr. Schall: Der menschliche Körper und seine Krankheiten. Eine populäre Darstellung für den gebildeten Laien und Einführung für Mediziner und Krankenpfleger. Mit 8 farbigen Tafeln und zahlreichen, zum Teil mehrfarbigen Abbildungen im Text. Stuttgart 1913. Verlag von J. B. Metzler. Kl. 8°, 562 S. Preis: geb. 10 Mark.

Das obige Buch enthält in seinem allgemeinen Teil Abschnitte über die Lehre vom Bau des menschlichen Körpers, über allgemeine Lebensvorgänge, Einflüsse auf die Lebensvorgänge und allgemeine krankhafte Lebensvorgänge. Der spezielle Teil behandelt den Kreislauf, die Atmung, die Ernährung, die Stütz- und Bewegungsorgane, sowie das Nervensystem und die hierbei vorkommenden Störungen. Zum Schluß folgen eine Erklärung gebräuchlicher Fremdwörter und ein Sachregister. Die einzelnen Abschnitte sind ganz verständlich gehalten, zumal zahlreiche Abbildungen in den Text eingefügt sind, nur geht Verfasser viel zu sehr ins einzelne. Wenn Referent ihm auch darin zustimmen muß, daß es Pflicht jedes Gebildeten ist, sich ein gewisses Verständnis für das Wesen der wichtigsten Vorgänge des Körpers zu verschaffen, so dürfte die Kenntnis über Opsonine, Bakteriolysine, Komplementablenkung, fettige Degeneration, Amyloidentartung, Pyramidenbahnen und Reflexbogen, um immer einiges herauszugreifen, doch wohl nicht nötig sein. Ein solches Buch

kann mehr schaden wie nutzen; für den Laien geht es zu weit und füllt sein Gehirn nur mit unverdautem Zeug, für den Krankenpfleger ist es direkt ein Verderb; es führt zur Ueberschätzung seiner eigenen Fähigkeiten und zur Kurpfuscherei. Für den jungen Mediziner ist es erst recht nichts, da es ihn zur Oberflächlichkeit verleitet. Gebrauchen kann es eigentlich nur der Arzt beim Unterricht von Krankenpflegern und dergl. Rpd. jun.

Priv.-Doz. Dr. E. Mannheim-Bonn: **Pharmazeutische Chemie.** III. Teil. Die Methodik der Arzneimittelprüfungen. Sammlung Göschen Nr. 558. Mit 10 Abbildungen. Berlin-Leipzig 1918. Göschensche Verlagsbuchhandlung. Kl. 12°, 115 S. Preis: 80 Pfg.

In vorliegendem Büchlein sind die Methoden der Arzneimittelprüfungen systematisch zusammengestellt und zwar nicht nur die des neuen Deutschen Arzneibuches, sondern auch andere, die für die analytischen Arbeiten in der Apotheke sich als praktisch und leicht ausführbar erwiesen haben. Es werden zuerst die physikalischen und dann die chemischen Prüfungsmethoden besprochen. Zum Schluß folgen noch eine Zusammenstellung der Reagentien in den gebräuchlichen Lösungen, eine Atomgewichtstabelle und ein Sachregister. Das Büchlein wird speziell dem Apotheker sehr willkommen sein. Rpd. jun.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstag. Die Gewerbekommission (22.) hat die Beratung des Entwurfs über die den Hausierhandel betreffende Gesetzesnovelle zu Ende geführt und dabei den hierzu vom Zentrum eingebrachten Gesetzentwurf über die **Bekämpfung des Verkehrs und der Ankündigung mit antikonzeptionellen Mitteln** mit 19 gegen 8 Stimmen in der in Nr. 3 dieser Zeitschrift (S. 121) mitgeteilten Fassung angenommen, nur § 1 hat folgenden, etwas abgeänderten Wortlaut erhalten:

„Der Bundesrat kann den Verkehr mit Gegenständen, die zur Beseitigung der Schwangerschaft bestimmt sind, beschränken oder untersagen. Das Gleiche gilt bezüglich der zur Verhütung der Empfängnis bestimmten Gegenstände insoweit, als nicht die Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse des gesundheitlichen Schutzes entgegensteht. Die vom Bundesrat getroffenen Anordnungen sind dem Reichstag, wenn er versammelt ist, sofort, andernfalls bei seinem nächsten Zusammentritt zur Kenntnis zu bringen. Soweit der Bundesrat den Verkehr mit einzelnen Gegenständen untersagt hat, ist deren Einfuhr verboten."

In der Sitzung vom 14. ds. Mts. wurden die zur **Erforschung und Bekämpfung der Pocken** und zur **Bekämpfung des Typhus** in dem außerordentlichen Etat eingestellten Beträge bewilligt. Von dem Abg. König (Soz.) wurde als Ursache der Entstehung und Weiterverbreitung des Typhus namentlich die schlechte Ernährungsweise eines Teils der Bevölkerung beschuldigt, das zeigten besonders die Typhusepidemien im Industriebezirk, namentlich an der Ruhr, wo sich die Gefahr immer mehr gesteigert habe. Amtlich scheine man dies allerdings zu verheimlichen und sogar der Presse zuzumuten, über die Schwere der Epidemien keine Mitteilung zu machen. Durch Entgegentreten der Milchpanschereien könne viel geschehen; in wirksamer Weise lasse sich dies jedoch nur durch ein Reichsmilchgesetz erreichen. Der Redner verbreitete sich dann ausführlich über die durch die fortschreitende Industrialisierung herbeigeführte Verseuchung der Flüsse, insbesondere der Ruhr, die durch ihre Verschmutzung eine ständige Gefahr für die Bevölkerung zu werden beginne, da aus ihr nicht weniger als 500 Millionen Kubikmeter Wasser durch Wasserwerke entnommen würden; diese Gefahr habe sich durch die Errichtung der Talsperren noch gesteigert. Die Emscherregulierung habe die Epidemien in Dortmund usw. nicht verhindern können. Das Reich sei verpflichtet, hier einzugreifen; die Trinkwasserversorgung müsse der privaten Ausbeutung entzogen werden; das Reich müsse das private bakteriologische Untersuchungsinstitut in Dortmund aus seinen Mitteln unterstützen, damit die Bekämpfung des Typhus wirksam erfolgen könne.

Direktor im Reichsamt des Innern v. Jonquières erwiderte, daß die Bekämpfung des Typhus Sache der einßelnen Bundesstaaten sei und auf

Grund landesgesetzlicher Bestimmungen erfolge. Die Verhältnisse im Ruhrgebiete zu kontrollieren, sei das Reich nicht in der Lage, Die gegen die preußische Regierung wegen mangelnder Beaufsichtigung erhobenen Vorwürfe seien als völlig unbegründet entschieden zurückzuweisen.

In den Sitzungen vom 16. und 17. d. M. wurde bei der Beratung des Etats des Reichsjustizamts auch die von dem Reichstage schon seit Jahren geforderte **Reform des Irrenrechts** von verschiedenen Rednern berührt. Der Abg. Belzer (Zentr.) hält eine reichsrechtliche Regelung dieser Frage für besser, damit in dieser Beziehung ein einheitliches Recht und Verfahren geschaffen werde, wie solches in Frankreich und England der Fall sei. Auf jeden Fall müsse dahin gestrebt werden, daß die Reichsregierung ihren Einfluß auf die Landesgesetzgebung geltend machen könne. Vielfach werde darüber geklagt, daß zu viel Rücksicht auf das Urteil der Psychiater gelegt werde, auch darüber, daß Leute jetzt eine Zeitlang in Untersuchung gehalten würden, ehe über ihren Geisteszustand entschieden werde. Die Richter seien ja im allgemeinen auf das Urteil der Psychiater angewiesen; aber dieses könne schließlich nicht allein maßgebend sein, zumal vielfach Sachverständige gegen Sachverständige stehen. Das Volk rege sich am meisten darüber auf, daß kaum ein größerer Verbrecher nicht für sich in Anspruch nehme, geisteskrank zu sein, und es sich fast immer ein Sachverständiger finde, der das bestätige. Es bestehe ein Mißtrauen gegen die Psychiater in erster und gegen die Richter in zweiter Linie. Es würden auch in viel zu viel Fällen mildernde Umstände wegen nicht vollkommener Geisteskrankheit des Angeklagten, wegen eines geistigen Dämmerungszustandes zugebilligt, was man im Volke nicht verstehe. Auch das Entmündigungsverfahren bedürfe dringend einer Regelung in der Richtung, daß mehr Schutz- und Kontrollmaßregeln sowie ein geordneter Beschwerdeweg gegeben seien. Irren müsse das Recht der Bestellung eines Anwalts zustehen. Die Entscheidung, ob jemand ins Irrenhaus kommen soll, dürfe nicht den Juristen und Psychiatern allein überlassen werden, sondern einer Kommission, in der auch Laien sitzen. Vor allem dürfen die gemeingefährliche Irren nicht mehr so auf die Menschheit losgelassen werden wie bisher. Das Volk könne es nicht verstehen, daß z. B. in dem Falle Wagner in Württemberg der Mörder schon seit 10 Jahren geisteskrank gewesen sei, obwohl er zwei Tage vor der Tat noch im Amte gewesen sei. Es hätte dem Rechtsbewußtsein des Volkes auch mehr entsprochen, wenn das Hauptverfahren gegen ihn eröffnet worden wäre.

Der Abg. Schiffer (natl.) betont, daß bei dem Verlangen nach reichsgesetzlicher Regelung der die geisteskranken Verbrecher umfassenden Form auch noch die Frage der Erwägung komme, auf welchem Wege man am besten zivilrechtlichen Schutz gegen solche Fälle schaffen könne, in denen der Einwand der Geisteskrankheit bei Verträgen erhoben werde, obwohl bei deren Abschluß eine Geisteskrankheit nicht vermutet werden konnte.

Staatssekretär Dr. Lisco erklärte, daß Erwägungen über den Erlaß eines Irrengesetzes bereits schweben und auf all diesen Gebieten fleißig gearbeitet werde. Es handle sich nicht bloß um den Schutz gegen gemeingefährliche Geisteskranke, sondern auch um die Frage, ob gesetzliche Maßnahmen erforderlich sind, um denjenigen einen verstärkten Schutz gegen Schädigungen zu verschaffen, die sich im guten Glauben auf Geschäfte mit Geisteskranken eingelassen hatten, ohne deren Unzurechnungsfähigkeit und Geistesunfähigkeit zu erkennen. Nach dieser Richtung hin habe der preußische Minister Ermittelungen angestellt, die sich auf die letzten Jahre erstrecken und das Ergebnis gehabt haben, daß ein solcher verstärkter Schutz nur in der Großstadt Berlin erwünscht sei, während auch nach den Berichten des Deutschen Handelstages sich sonst ein solches Bedürfnis nicht herausgestellt habe. Es fehle jedoch nicht an Stimmen, die einen verstärkten Schutz der Allgemeinheit gegen Schädigung durch Geisteskranke auf anderem Wege, z. B. durch öffentliche Bekanntmachung der Entmündigung zu erreichen suche, also auf dem Wege des Zivilprozeßverfahrens. Bei diesem Widerstreit der Meinungen und angesichts des Umstandes, daß jedenfalls ein dringendes Bedürfnis noch nicht nachgewiesen erscheint, dürfte wohl ein alsbaldiges Eingreifen der Gesetzgebung zunächst noch nicht in Aussicht zu nehmen sein. Jedenfalls werde aber die Frage weiterhin sorgfältig im Auge behalten werden.

Aus dem preußischen Abgeordnetenhause. Bei Beratung des Etats des Ministeriums des Innern gelangten in der Sitzung vom 13. und 14. d. M. zwei das **Irrenwesen** betreffende Anträge zur Verhandlung. Der eine, von dem Abg. Dr. Schmedding (Zentr.) angeregte und von allen bürgerlichen Parteien unterstützte Antrag verlangt die Vorlage eines Gesetzentwurfes, „wonach die Fürsorge für die gemeingefährlichen Geisteskranken, soweit sie nicht dem Landarmenverbänden obliegt, vom Staate zu übernehmen ist", während der von dem Abg. Braun (Soz.) und Genossen gestellte Antrag die Vorlage eines Gesetzentwurfes zur Regelung des Irrenrechts forderte. Der erste Antrag wurde von den Abgeordneten Schmedding (Zentr.), Schenk zu Schweinsberg (kons.), Schroeder (natlib.), Dr. Flesch (fortschr. Volksp.) und Viereck (freik.) warm befürwortet und dabei übereinstimmend ausgeführt, daß an der sicheren Ueberwachung und Unterbringung der gemeingefährlichen Geisteskranken und der zu Delikten geneigten Geistesschwachen die Gesamtheit des Volkes das größte Interesse habe und deshalb auch der Staat die Fürsorge dafür übernehmen müsse. Die Provinzialanstalten würden durch die Aufnahme von derartigen Geisteskranken immer mehr zu polizeilichen Bewahranstalten, und müßten häufig Personen aufnehmen, bei denen eine Anstaltsbedürftigkeit nicht vorliege, sondern nur eine Verwahrung nötig sei, die am besten in besonderen staatlichen Anstalten geschehe. Die Rechtslage, wer die Fürsorge für diese Geisteskranken zu übernehmen habe, sei außerdem z. Z. unklar und bedürfe deshalb einer einwandsfreien Festlegung, für die aber nicht die Kostenfrage, sondern hauptsächlich die Zweckmäßigkeit entscheidend sein müßte; gerade diese verlange aber eine Uebernahme der Fürsorge durch den Staat, da die Unterbringung der betreffenden Geisteskranken in öffentlichen Anstalten zu den größten Unzuträglichkeiten führte. Der Schutz der Allgemeinheit vor Geisteskranke sei Aufgabe der Sicherheitspolizei, darum habe auch der Staat als Landespolizei in erster Linie die Aufgabe, dafür einzutreten und die Gemeindeverbände von dieser Aufgabe zu befreien. — Der Antrag, der vom Abgeordnetenhausen bereits wiederholt trotz des Widerspruchs der Regierung angenommen ist, fand auch diesmal bei dieser kein Entgegenkommen. Der Minister des Innern, Dr. v. Dallwitz, bat, ihn trotz der warmen Befürwortung von den Vertretern aller Parteien abzulehnen. Er könne nicht zugeben, daß die jetzigen Bestimmungen an Unklarheiten litten oder unvollständig seien. Insbesondere gelte das betreffs der Aufnahmen von Geisteskranken und Geistesschwachen in den öffentlichen Irrenanstalten. Ganz unabhängig von dieser Frage sei die, wer die Anstalten zu errichten und zu unterhalten habe und wer Geisteskranke in eine Anstalt aufzunehmen habe, entweder der Staat oder die Provinzialverbände. Das Oberverwaltungsgericht habe nun im Jahre 1905 entschieden, daß seit Erlaß des Dotationsgesetzes die gesamte Irrenpflege, auch die für gemeingefährliche Irre, Sache der provinziellen Kommunalverbände sei. Bis dahin hätten hierüber Zweifel bestanden — nicht bei der Regierung, sondern auf Seiten der Kommunalverbände, der Provinzen, die beanspruchten, daß ihnen der Staat die gemeingefährlichen Irren abnehmen und sie auf seine Kosten in Irrenanstalten unterbringen solle. Es wurde hierfür geltend gemacht, daß den Provinzen die Mittel zur Errichtung besonderer Anstalten fehlten, daß es zu kostspielig sei, daß ferner die Einbringung von Verbrechern in die Provinzialanstalten, wenn sie nicht in besonderen Räumen, in besonderen Abteilungen oder in gesonderten Anstalten untergebracht werden könnten, für den Betrieb der Provinzialanstalten störend sei, daß auch den anderen Kranken nicht zugemutet werden könne, mit gefährlichen Irren, zum Teil Verbrechern, zusammen zu sein. Dieser Widerstand der Provinzen war aber hauptsächlich darin zu suchen, daß sie es versäumt hatten, mit Rücksicht auf die Aufnahme gemeingefährlicher Kranken die nötigen Sicherungsanstalten rechtzeitig einzurichten. Diesem Mangel ist inzwischen abgeholfen; denn es bestehen jetzt in allen Provinzen entweder Sicherheitsabteilungen für gefährliche Kranke oder aber besondere Anstalten, in denen sie untergebracht werden. Dazu kommt, daß eine derartige Teilung von Irren in gemeingefährliche, die bloß verbrecherische Neigungen haben, die den Provinzen zufallen sollten, und in andere Irre, die Verbrechen begangen haben, gar nicht durchführbar sei. Diejenigen Irren, die gemeingefährliche Neigungen haben, sind unter Umständen gefährlicher als die, die zufällig einmal mit dem Straf-

gesetzbuch in Konflikt geraten sind. Es würde aber gerade für gemeingefährliche Irre doch auch eine gewisse Härte darin liegen, daß derjenige Teil von ihnen, der noch heilfähig ist, in besonderen Staatsanstalten untergebracht wird, wo Einrichtungen, wie sie zur Heilung der heilfähigen Irren notwendig sind, gar nicht in gleicher Weise ein- und durchgeführt werden könnten, jedenfalls nicht in der Vollkommenheit, wie sie jetzt bei den Provinzialanstalten bestehen, Im übrigen würde eine solche Regelung wohl die Prozinzen, die Provinzialververbände entlasten, die Steuerzahler aber nicht; denn die Kosten, die jetzt innerhalb der Provinzen aufgebracht werden, würden eben allgemein aufgebracht werden müssen, und würden sich wohl eher erheblich erhöhen als vermindern, da jede Zweiteilung eines einheitlichen Verwaltungszweiges bekanntlich höhere Kosten als die gemeinschaftliche Verwaltung erfordert. Noch schwieriger sei eine solche Regelung, wenn, wie in dem Antrage vorgeschlagen sei, noch insofern eine Teilung in bezug auf die Behandlung der gemeingefährlichen Geisteskranken stattfinden solle, als die Fürsorge für die hilfsbedürftigen auch ferner wie bisher den Orts- und Landarmenverbänden verbleiben solle. Zu diesen werden dann aber auch die gewaltätigen Idioten, die verbrecherisch veranlagten Geistesschwachen gehören, deren Fürsorge der Abg. Schmedding ebenfalls dem Staate übertragen möchte. Weiterhin betont der Minister noch, daß es gerade jetzt bedenklich sei, an eine Regelung dieser Frage im Sinne des Antrags heranzugehen, da bekanntlich ein Entwurf des neuen Reichsstrafgesetzbuches ausgearbeitet sei, in dem dem Richter die Befugnis erteilt werde, darüber Entscheidung zu treffen, ob geisteskranke und geistesschwache Verbrecher dauernd oder zeitweilig in sog. Sicherheitsanstalten untergebracht werden sollen. Es dürfe deshalb besser sein, erst abzuwarten, ob und in welcher Weise die reichsgesetzlichen Bestimmungen über die Art und Umfang der Unterbringung und über die Verpflichtung zur Unterbringung Vorschriften enthalten werden.

Endlich hebt der Minister noch hervor, daß der Vorschlag den Grundsätzen widerspreche, die für die Verwaltungsreform allgemein anerkannt seien. Danach solle der Staat soviele Aufgaben wie möglich, so viele Funktionen wie nur irgend denkbar den Kommunen und Kommunalverbänden übertragen, weil diese als den Verhältnissen an Ort und Stelle näherstehende Körperschaften in der Lage sind, die Sache besser zu machen als der Staat. Hier solle nun ein Zweig, der entsprechend seiner ganzen Natur den Provinzen, den Landarmenverbänden, den Kommunalverbänden übertragen sei, wieder abgetrennt werden, und der Staat soll eine Aufgabe übernehmen, die er ganz zweckmäßiger und natürlicherweise den Kommunalverbänden bereits übertragen hätte. Das widerspreche der ganzen Tendenz der neueren Gesetzgebung, die mit Recht eine Dezentralisation anstrebe.

Trotz dieser ablehnenden Haltung des Ministers und trotz der Erklärung des Ministerial-Direktors Dr. Freund, daß die Sorge für die gemeingefährlichen Geisteskranken der Ortspolizei, also den Gemeinden, und nicht der Landespolizei zufalle, wurde der Antrag Schmedding in der Sitzung vom 18. d. Mts. wieder einstimmig angenommen.

Der Antrag betreffend die gesetzliche Regelung des Irrenrechts wurde von dem Abg. Dr. Liebknecht (Soz.) begründet und die große Wichtigkeit und Notwendigkeit einer solchen Regelung betont gegenüber die in dem Antrag Schmedding angeschnittene Frage eine ganz nebensächliche sei. Für die praktische Behandlung der ganzen Materie sei es am besten, eine Unterscheidung von gemeingefährlichen und verbrecherischen Geisteskranken außer acht zu lassen; es sei gleichgültig, ob der Geisteskranke schon mit den Strafgesetzen in Konflikt gekommen sei oder nicht; das Wesentliche bleibe doch, daß die Geisteskranken eine Gefahr für die Oeffentlichkeit bilden. Die Allgemeinheit habe ein Recht darauf, nicht nur gegen gefährliche Irrsinnige, sondern auch gegen deren unrechtmäßige Internierung geschützt zu werden. Die Zahl der zu Unrecht erfolgten Internierungen hätten in letzter Zeit allerdings erheblich abgenommen; es müsse aber jeder Einzelfall von unrechtmäßiger Internierung unmöglich gemacht werden. Ebenso dürfe die Korrespondenz der Geisteskranken nicht von den Anstaltsleitern zurückgehalten werden. Die Internierten seien jetzt auf Gnade und Ungnade den sie behandelnden Aerzten verfallen. Hier müsse Abhilfe geschaffen werden; es sei wirklich an der Zeit,

hier eine Regelung eintreten zu lassen, denn der jetzige Zustand mache einen Geisteskranken vollkommen rechtlos. Kranke und Angehörige von Kranken verbergen die Krankheit, weil der Mann dann wie lebendig begraben sei. Es müssen Rechtsgarantien für ihn geschaffen werden. Eminente öffentliche Interessen sprechen für eine schleunige Erledigung der Sache.

Der Minister des Innern, Dr. von Dallwitz erwiderte, daß er infolge der letzjährigen Resolution betreffend Erlaß eines Irrengesetzes an den Herrn Justizminister herangetreten sei, die Verhandlungen aber noch nicht abgeschlossen seien.

In der Sitzung vom 18. d. M. wurde der Antrag Braun einstimmig der Justizkommission überwiesen.

Der **XIII. Kongreß der Deutschen orthopädischen Gesellschaft** findet am 13. und 14. April in Berlin (Langenbeck-Haus, Ziegelstraße 10/11) statt. Als Hauptversammlungsgegenstand ist auf die Tagesordnung gestellt: Die operative Behandlung der Spondylitis. Außerdem sind folgende Vorträge angemeldet: Albee-New-York: Knochenplastik bei Spondylitis; Prof. Dr. Biesalski-Berlin: Physiologische Forderungen der Sehnenverpflanzung, insbesondere der Sehnenauswechselung; Prof. Dr. Gocht-Halle: Zur Technik der Arthiodese; Dr. Schultheß: Ueber Theorie und Praxis des Abbottschen Verfahrens; Prof. Dr. Wilms-Heidelberg: Operative Behandlung des Plattfußes. Weitere Vorträge sind an Prof. Dr. Th. Köllicker-Leipzig, Marienstraße 20, anzumelden.

Die diesjährige **Hauptversammlung** der **Deutschen Gesellschaft für Volksbäder,** e. V., wird am 20. Mai in Bernburg abgehalten werden.

Die **diesjährige Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege** findet vom 16. bis 18. September in Stuttgart statt.

Der engere Rat der internationalen Vereinigung gegen die Tuberkulose hat auf Vorschlag der Belgischen Liga beschlossen, einen **Welt-Tuberkulosetag** einzuführen. Der Tag soll gelegentlich der 12. Internationalen Tuberkulose-Konferenz, die im September d. J. in Bern stattfindet, bestimmt werden.

Nach dem jetzt vorliegenden Jahresbericht der **„Medizin. Vereinigung für Sonderdruckaustausch“** ist die Mitgliederzahl um 60 gestiegen. In 360 Fällen haben sich die Mitglieder zur Anforderung von Sonderdrucken der „Sonderdruck-Zentrale“ mit bestem Erfolge bedient. Auch anderweitig hat sich erwiesen, daß die Kollegenschaft des In- und Auslandes den Bestrebungen der „M. V. f. S.-A.“ mit voller Sympathie gegenübersteht. Das „Sonderdruck-Archiv“ umfaßte am Schlusse 1913 etwa 6000 Drucke und wächst fast täglich.

Unter ständiger Mitwirkung zahlreicher Mitarbeiter wird demnächst von dem Frauenarzt Dr. Max Hirsch-Berlin und im Verlag von Curt Kabitzsch in Würzburg ein **„Archiv für Frauenkunde und Eugenik“** herausgegeben werden, das eine Fund- und Sammelstelle frauenkundlicher Forschungsergebnisse bilden und durch Einbeziehung der Eugenik auch dem Studium aller derjenigen Faktoren dienen soll, welche die Eigenschaften der kommenden Generationen beeinflussen. Das Archiv wird in zwanglosen Heften von 8 bis 10 Bogen Umfang erscheinen, die zu Bänden von je 25 bis 30 Bogen zusammengeschlossen werden. Der Abonnementspreis beträgt 16 M. pro Band; das erste Heft erscheint im März d. J.

Vom 1. April d. J. ab wird im Verlag von A. Marcus & E. Weber in Bonn eine **Zeitschrift für Sexualwissenschaft** als offizielles Organ der seit

einem Jahre in Berlin bestehenden ärztlichen Gesellschaft für Sexualwissenschaft und Eugenik erscheinen. Die Redaktion haben Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Eulenburg und Dr. Iwan Bloch in Berlin übernommen. Die Zeitschrift wird in Monatsheften zur Ausgabe gelangen und soll der Forschung auf dem Gebiete der gesamten Sexualwissenschaften und Eugenik (Biologie, Psychologie, Pathologie und Soziologie des Sexuallebens) in streng wissenschaftlicher Form dienen.

Pest. In Aegypten sind vom 17.—23. Januar: 2 (1), in Britisch-Ostafrika vom 9. Dezbr. 1913 bis 3. Januar 1914: 5 (5) Personen an der Pest erkrankt (gestorben), in Britisch-Indien vom 28. Dez. bis 10. Januar: 6896 (5674) und 955 (5737), in Hongkong (Viktoria) vom 28. Dezember bis 3. Januar: 4 (4), in Niederländisch-Indien vom 31. Dezember 1913 bis 13. Januar 1914: 504 (457).

Cholera. In Konstantinopel sind vom 19.—25. Januar d. Js. nur 9 Erkrankungen und 2 Todesfälle gemeldet; dagegen sind 8 Erkrankungen in Tschanak (Dardanellen) bei den dort befindlichen Soldaten festgestellt. In Straits-Settlemennts und zwar in Singapore sind vom 13. November bis 27. Dezember: 22 Cholerafälle vorgekommen.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 11.—24. Jan. 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rückfallfieber, Fleckfieber, Aussatz: — (—) Pocken 1 (—), — (—); Tollwut: — (1), — (—); Milzbrand: 3 (—), 2 (2); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 4 (—), 5 (—); Unterleibstyphus: 132 (12), 109 (11); Ruhr: 4 (2), 4 (1); Diphtherie: 1781 (154), 1712 (159); Scharlach: 1431 (57), 1476 (56); Kindbettfieber: 139 (30), 136 (38); Genickstarre: 4 (—), 6 (—); spinaler Kinderlähmung: — (—), 7 (1); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 4 (—), 2 (—) Rotz: (—), — — (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 57, 154; Tuberkulose (gestorben) 751, 780.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. K. in O.: Ist Levico-Wasser ebenso wie Arsa-Lecin zu den unter die Giftordnung fallenden giftigen Stoffen zu rechnen?

Antwort: Nein! Levico-Wasser ist ein Mineralwasser und keine Zubereitung im Sinne des § 1 Abs. 2 und der Anlage I der Vorschriften über den Verkehr mit Giften.

Anfrage des Kreisarztes Dr. P. in H.: 1. Ein Amtsvorsteher meldet dem Kreisarzt, in einer ländlichen Ortschaft seien Kinder „scharlachverdächtig" erkrankt und ersucht ihn die Krankheit festzustellen. Der Kreisarzt stellt Diphtherie fest.

2. Der Amtsvorsteher ersucht den Kreisarzt in einer anderen Ortschaft bei „diphtherieverdächtigen" Kindern die Krankenpflege festzustellen. Der Kreisarzt findet Masern.

In beiden Ortschaften handelt es sich um die ersten Fälle.

Fallen die Reisekosten der Staatskasse zur Last?

Antwort zu 1 und 2: Ja, s. § 25 des Landesseuchengesetzes vom 28. August 1905 und Absatz 2 der Ausführungsbestimmungen vom 15. September 1906 zu diesem Paragraphen.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 5. Ausgegeben am 5. März 1

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch

J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 5.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Stern zum Kronenorden II. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Neumann in Königsberg i. Pr.; — der Kronenorden III. Klasse: dem San.-Rat Dr. Neuber in Kiel; — der Rote Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Reg.-Rat Dr. Rahts in Berlin-Wilmersdorf, bisherigem Mitgliede des Kaiserlichen Gesundheitsamtes; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Stabsarzt Dr. Schultze, Gesandschaftsarzt bei der Gesandtschaft in Peking, dem Med.-Rat Dr. Wendland in Berlin-Lichterfelde, bisher Regierungsarzt in Neuguinea; dem Stabsarzt der Landwehr Dr. Wegeli in Danzig-Langfuhr.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Großherrlich Türkischen Medschidjiordens II. Klasse: dem Generalober- und Divisionsarzt Dr. Vollbracht in Posen, des Ritterkreuzes des Königl. Bulgarischen Zivilverdienstordens und des Ritterkreuzes des Königlich Bulgarischen St. Alexanderordens: dem Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Kohl in Berlin, des Ritterkreuzes II. Klasse des Herzogl. Braunschweigischen Ordens Heinrich des Löwens: den prakt. Arzt Dr. Calaun in Roßla; des Ritterkreuzes des Königl. Niederländischen Ordens von Oranien-Nassau: dem Missionsarzt

Dr. Schreiber in Wittlage, des Ritterkreuzes II. Klasse des Nassauischen Militär- und Zivilverdienstordens Adolf von Nassau: dem Dr. Thilenius in Soden a. T., des Ritterkreuzes I. Klasse mit der Krone desselben Ordens: dem Geh. San.-Rat Dr. Thilenius in Soden a. T., des Ehren- und Ritterkreuzes I. Klasse des Großherzoglich Oldenburgischen Haus- und Verdienstordens des Herzogs Peter Friedrich Ludwig: dem Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Lentz, Direktor im Reichsgesundheitsamt in Berlin.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. Roesle zum Regierungsrat und Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamts; Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schlange, bisher Medizinalassessor beim Provinzial-Medizinalkollegium der Provinz Hannover zum kommissarischen Mitgliede und Prof. Dr. Schultze, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen zum kommiss. Medizinalassessor bei diesem Medizinalkollegium; der prakt. Arzt Dr. Marcus in Kreuzberg (Ob.-Schl.) zum Assistent für das Medizinaluntersuchungsamt in Münster i. W.; der a. o. Prof. Dr. Hildebrandt in Marburg zum ordentl. Honorarprofessor daselbst.

In den Ruhestand getreten: Geh. Reg.-Rat Dr. Rahts in Berlin-Wilmersdorf, Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes.

Gestorben: San.-Rat Dr. Gerhard Vaerting in Osnabrück, Dr. Nöttebrock in Bottrop, Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Heinrich Geißel in Straßburg i. E., San.-Rat Dr. Bauer in Wächtersbach (Reg.-Bez. Cassel), Dr. Oskar Schloß in Lyck (Ostpreußen), Dr. Meinhardt Swartte in Weener (Ostfriesland), Dr. Kellmann in Alt-Landsberg (Reg.-Bez. Potsdam), Kreisphysikus a. D. Dr. Berger in Elberfeld, San.-Rat Dr. Schmitz in Cöln a. Rh., Dr. Grätz in Stutthoff bei Danzig, Dr. Lessersohn in Berlin, San.-Rat Dr. Kuntze in Lauban, Dr. Georg Neumann in Sommerfeld, San.-Rat Dr. Petermann in Dortmund, San.-Rat Dr. Hoffmann in Nottuln (Reg.-Bez. Münster), Prof. Dr. Georg Joachimstal und San.-Rat Dr. Paul Eicke in Berlin.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang eines

Professors: dem Privatdozent Dr. Faulhaber in Würzburg; — der Michaelorden IV. Klasse: dem Hofrat Dr. Matterstock in Würzburg.

Ausgeschieden aus dem Staatsdienst: Landgerichtsarzt Prof. Dr. Richter in München.

In den Ruhestand getreten: Bezirksarzt Dr. Grüb in Freising.

Gestorben: Der praktische Arzt Dr. Joh. Poppel in München, Dr. Ferkel in Massing (Niederbayern) und Dr. Wimmelbacher in Bamberg.

Königreich Sachsen.

Ernannt: Privatdozent Dr. M. Wolfrum in Leipzig zum außerordentlichen Professor an der dortigen medizinischen Fakultät.

Gestorben: Dr. Carl Ferdinand Berger in Dresden, Dr. Max Jäger in Dresden-Trachau.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: der Titel und Rang eines Obermedizinalrates: dem Med.-Rat. Dr. Camerer, Mitglied des Medizinalkollegiums in Stuttgart, und dem Med.-Rat. Dr. Kreuser, Direktor der Heilanstalt Winnenthal; — Titel und Rang eines Medizinalrats: dem Oberamtsarzt Dr. Rembold in Waldsee; — Titel und Rang eines außerordentlichen Professors: dem Privatdozenten Dr. Holzbach in Tübingen; — der Titel eines Geheimen Hofrats: dem Hofrätsn Dr. Distler, Vorsteher der Augenheilanstalt für Unbemittelte in Stuttgart, und dem Oberamtsarzt a. D. Hofrat Dr. Höring in Stuttgart; — der Titel als Geheimer Sanitätsrat: den San.-Räten Dr. Mandry, leitender Arzt der chirurgischen Abt. des städt. Krankenhauses in Heilbronn und Vorst. des ärztl. Landesvereins und Dr. Mayer, leitender Arzt des Paulinenhospitals in Stuttgart; — als Sanitätsrat: den Aerzten Dr. Appenzeller in Reutlingen, Dr. Findeisen in Neustadt a. K., Dr. Römer, Besitzer der Heilanstalt für Nervenkranke und Erholungsbedürftige in Hirsau, Dr. Sing, Stadtarzt in Ulm, Dr. Schaller, Frauenarzt, Leiter der gynäk. der Diakonissenanstalt Bethesda in Stuttgart, dem Bahnarzt Dr. Jäger in Hall und dem Postarzt Dr. Klemm in Ulm; — das Ehrenkreuz des Ordens der

Württembergischen Krone: dem Prof. Dr. v. Hofmeiser, Vorsteher der chirurgischen Abteilung des Karl-Olga-Krankenhauses und des Ludwigshospitals in Stuttgart und dem Generalober- und Divisionsarzt Dr. Dannecker in Stuttgart; — das Ritterkreuz I. Klasse des Friedrichsordens: dem Oberbahnarzt Med.-Rat Dr. Schleicher in Stuttgart, den Oberamtsärzten Med.-Rat Dr. Palmer in Biberach, und den Oberstabs- u. Reg.-Aerzten Pfeiffer in Stuttgart und Dr. Pezold in Kannstatt; — den Olga-Orden: dem Oberstabsarzt a. D. Dr. Fischer in Ludwigburg; — die Karl-Olga-Medaille in Silber: dem Ober-Med.-Rat Dr. Walz in Stuttgart, dem Oberamtsarzt Dr. Finkh in Tettnang, dem Chefarzt Dr. Mayenau, dem Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Brekle in Ludwigsburg und dem prakt. Arzt Dr. Laggei in Bietigheim.

Gestorben: Dr. Emil Hartmann in Stuttgart.

Grossherzogtum Baden.

Ernannt: Privatdozent Dr. Neu in Heidelberg zum außerordentlichen Professor daselbst.

Gestorben: Dr. Frey in Durmersheim.

Grossherzogtum Hessen.

Gestorben: Dr. Weypricht, Direktor des Krankenhauses in Alzey.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel als Sanitätsrat: dem praktischen Arzt Dr. Forst in Bückeburg: — der Titel als Professor: dem Oberarzt am Hafenkrankenhause Dr. Lauenstein in Hamburg.

Genehmigung erteilt zur Anlegung des Ritterkreuzes des Königl. Bulgarischen Zivilverdienstordens: dem Assistenzarzt Dr. Regendanz beim Inf.-Regt. Nr. 76 in Hamburg.

Gestorben: Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Ritter, Landphysikus in Oldenburg, San.-Rat Dr. Herrings in Pfört (Oberelsaß).

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Bezirksarztstelle in Freising. Bewerbungen sind bei der für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Königl. Regierung, Kammer des Innern, einzureichen.

Königreich Sachsen.

Neu gebildete **Stadtbezirksarztstelle** für den selbständigen Medizinalbezirk der Stadt **Plauen.** Pensionsberechtigtes Gehalt: 7000 M., alle drei Jahre um je 500 M. steigend. Für Kanzleiaufwand eine nicht pensionsberechtigte Entschädigung von 2000 M. Bewerbungsgesuche sind an den Stadtrat zu richten.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **E. Merck** in **Darmstadt** über **„Diogenal“** bei, worauf wir noch besonders hinweisen.

---

27. Jahrg. | Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE. | 1914.

Zentralblatt
für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.
Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 5.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. März.

Ein Fall von tödlicher Vergiftung durch Opiumtinktur.

Von Dr. Georg Lorentzen in Gevelsberg, kreisärztlich approbiert.

Ende August 1912 kam die Frau eines Fabrikarbeiters, die ich seit Jahren wegen verschiedener kleiner Leiden behandelt hatte, wieder zu mir. Sie klagte über Schmerzen im Leibe und Durchfall; außerdem sei die Regel ausgeblieben. Die Frau war eine große, robuste Person von 39 Jahren und Mutter von 9 Kindern, von denen das jüngste etwas über ein Jahr alt war. Im letzten Jahre war sie nur einmal menstruiert gewesen und zwar Anfang Juli; sie fürchtete deshalb, jetzt wieder in anderen Umständen zu sein. — Bei der Untersuchung fand ich absolut nichts, was auf Schwangerschaft hindeuten könnte. Ich klärte die Frau, wie ich es schon öfters getan, darüber auf, daß Abtreibereien unter allen Umständen verboten seien, auch dann, wenn man schon neun Kinder hätte. Im übrigen solle sie sich aber beruhigen, da eine Schwangerschaft wahrscheinlich gar nicht vorläge; die Regel würde schon von selbst wieder kommen. Ihre Schmerzen kämen vom Darme her. Ich verordnete ihr hiergegen: Tinctura Opii simplex 10,0; dreimal täglich 15 Tropfen in Wasser zu nehmen. Die Schmerzen ließen infolgedessen

nach; die Regel trat wieder ein. Dies muß die Frau wohl zu dem Glauben verleitet haben, ich hätte ihr in meiner Gutmütigkeit doch ein Abtreibungsmittel verschrieben, wenn ich es auch nicht zugeben wollte; denn als Anfang November die Regel wieder einmal auf sich warten ließ, ließ sie sich auf mein Rezept in der Apotheke nochmals 10 g Opiumtinktur geben und nahm am 10. November 1912, einem Sonntage, zunächst vormittags 11 Uhr 15 Tropfen und dann etwa um 1 Uhr im Beisein ihres Mannes mit dem Ausrufe: „Ich will meine Regel wieder haben" den Rest des Flascheninhaltes. Der Ehemann gab mir später an, er hätte sie zurückzuhalten versucht, wäre aber zu spät gekommen. Er hätte sich dann beruhigt, weil zunächst nichts Aufregendes passierte und weil er die Tropfen nicht für besonders gefährlich hielt. Als die Frau die 10 g Opiumtinktur trank, hatte sie noch nicht zu Mittag gegessen. Nach einiger Zeit wurde die Frau müde; der Ehemann legte sie auf das Bett und ließ sie dort ruhig ausschlafen, zumal es Sonntag war. Auf meine Frage, warum er denn jetzt nicht zum Arzte geschickt hätte, sagte er mir, er hätte sich bei diesem Müdewerden nur gedacht, in der Medizin müßte wohl etwas Morphium sein und davon würde man ja müde. Die Frau sei auch früher nach den Tropfen müde geworden.

Nachmittags ging der Mann zwei Stunden aus. Als er heimkehrte, lag die Frau immer noch angekleidet auf dem Bett. Er zog sie aus und merkte hierbei, daß sie zu schnarchen begann und sich auch nicht aufwecken ließ. Jetzt wurde ihm die Sache unheimlich und er schickte zu mir. Ich kam sofort, etwa um 7 Uhr abends, konnte aber nur den vor kurzem eingetretenen Tod konstatieren.

Ein besonderer Befund war an der Leiche nicht zu erheben: Die Pupillen waren mäßig weit. Mißhandlungsspuren waren nicht zu sehen. Erbrochen hatte die Frau nicht.

Eine gerichtliche Sektion fand leider ebenso wenig wie eine nicht gerichtliche statt, da, wie so oft, die Staatsanwaltschaft die Leiche erst im letzten Augenblicke vor der Beerdigung freigab. Der Mann hatte die Erlaubnis zur Sektion schon erteilt. Mir sind auf diese Weise auch einige andere Sektionen, die einen interessanten Befund versprachen, entgangen. Man kann es ja an sich der Justizbehürde nicht verdenken, daß sie die kostspielige und umständliche gerichtliche Sektion nur dann anordnet, wenn ein begründeter Verdacht auf ein Verbrechen besteht. Trotzdem ist es doch bedauerlich, daß durch die Handhabung der jetzigen Gesetzesvorschriften die volle Aufklärung eines Falles, wie der vorliegende, verhindert wird. Es ist deshalb zu wünschen, daß Todesfälle, bei denen nicht gerade ein Verbrechen in Frage kommt, bei denen aber die Sektion mancherlei Aufklärungen erwarten läßt, die österreichische polizeiliche Sektion auch bei uns eingeführt wird. Im vorliegenden Falle wäre schon die Untersuchung des katheterisierten Urins von Nutzen gewesen.

Mord oder beabsichtigter Selbstmord dürfen nach meiner

ganz genauen Kenntnis der Familie ausgeschlossen sein. Ob der Ehemann vorher mit der Frau es beredet hatte, sie solle das Mittel einnehmen, oder ob er wirklich so ganz überrascht wurde, möchte ich dahin gestellt sein lassen. Jedenfalls hat er sich weder vorher noch nachher verdächtig gemacht. Der Fall hat große Aehnlichkeit mit einem von v. Sury-Bienz in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, 1907, Heft 4 geschilderten Falle von Vergiftung durch Opium; nur hat dort der Ehemann sich vor und nach der Tat verdächtig benommen, so daß man annehmen mußte, er habe seine Frau absichtlich vergiftet. Er wurde auch wegen Mordes zu lebenslänglichem Zuchthaus verurteilt.

Ich möchte die Vermutung aussprechen, daß die Darmsymptome, deretwegen die Frau mich im August konsultierte, von einem Abtreibungsversuche herrührten.

Interessant ist der Fall wegen der sicher festgestellten letalen Dosis von genau 10 g Opiumtinktur. Diese Menge würde 1 g Opium, 0,15 g Gesamtalkaloiden und 0,1 g Morphium entsprechen. Ich habe mich noch durch Einsicht in das Tagebuch des Apothekers und durch die Signatur der Flasche davon überzeugt, daß wirklich nur 10 g abgegeben und demzufolge eingenommen sind. Von dem Gift wurde nichts erbrochen, nichts durch Magenspülung entfernt. Diese Dose gehört zu den geringsten bis jetzt bekannten letalen Morphindosen; denn im allgemeinen gilt eine Morphinmenge von 0,2 erst für tödlich. Erben (im Handbuche der ärztlichen Sachverständigentätigkeit, Bd. VII) gibt folgende Grenzfälle für die Opiumtinktur an: in einem Falle von Bichler 30 g, in einem Falle von Richter 20 g. Ferner sollen einmal 4 g (nach Dongall), ein andermal 5 g per clysma (nach Sticker) infolge Idiosynkrasie getötet haben. Von Idiosynkrasie kann in meinem Falle keine Rede sein. Jedenfalls zeigt mein Fall, daß 10 g Opiumtinktur einen ausgewachsenen kräftigen Menschen töten können. Voraussetzung wird allerdings sein, daß das Gift vollständig in den Körper übergeht und nicht erbrochen oder ausgespült wird. Von Wichtigkeit dürfte es auch gewesen sein, daß die Frau das Gift auf nüchternen Magen einnahm.

Der Fall zeigt ferner, wie ein Arzt, der jede Abtreiberei weit von sich weist, in den Verdacht kommen kann, er hätte ein Abtreibungsmittel verschrieben, wenn er Patientinnen, die über das Ausbleiben der Regel klagen, überhaupt etwas mitgibt. Jedenfalls hat meine Patientin mich für einen Arzt gehalten, der ihr den Gefallen getan hätte. Es ist ja bekannt, daß die gewerbsmäßigen Abtreiber zunächst „konstatieren“, daß keine Schwangerschaft vorläge, um sich für alle Fälle den Rücken zu decken. Sie hat sich entschieden für schwanger gehalten, und meinem Zureden, sie sei nicht in anderen Umständen nicht getraut; als schließlich die Regel wiederkehrte, stand ihr Urteil fest.

Bei der bekannten Auslegung, die das Reichsgericht dem

Begriffe „Versuch der Abtreibung“ gegeben hat, hätte ich somit leicht auch bei anderen Leuten als bei meiner Patientin in den Ruf eines Abtreibers kommen können; ich hatte mich auch schon darauf gefaßt gemacht, daß ich Unannehmlichkeiten bekommen würde. Ich habe mir deshalb jetzt vorgenommen, den Patientinnen, die ein solches Ansinnen offen oder versteckt an mich stellen — was oft genug vorkommt — nichts zu verschreiben, es mag ihnen im übrigen fehlen, was es auch sei.

Die Frage, ob der Apotheker berechtigt war, das Medikament ohne „erneute, schriftliche, mit Datum und Unterschrift versehene Anweisung“ zu wiederholen, ist zu bejahen; denn nach den bestehenden Vorschriften über die Abgabe stark wirkender Arzneimittel vom 13. Mai 1892 und 22. März 1898 darf eine Verordnung von Opiumtinktur dann repetiert werden, wenn aus dem Rezept die Einzelgabe ersichtlich ist und sich unterhalb der in dem Verzeichnis zu den Vorschriften angegebenen Grenze hält, die für die Opiumtinktur 1,5 g beträgt, das sind rund 30 Tropfen. Allerdings könnte man dem entgegenhalten, daß auch für das Morphium und die anderen Schlafmittel, die nach § 4 der Vorschriften ohne erneutes Rezept überhaupt nicht repetiert werden dürfen, sich solche Grenzdosen in dem Verzeichnis finden. Der Gesetzgeber hat aber sicher die Opiumtinktur nicht für so besonders gefährlich gehalten, sonst würde er wohl nicht die Abgabe von 10prozentiger Opiumtinktur dem Apotheker — natürlich nicht dem Drogisten — in so weitem Umfange freigegeben haben. Jedenfalls wäre es angebracht, wenn bei einer Neubearbeitung der Vorschriften für Wiederholungen derartiger Verordnungen ohne ärztliche Anordnung nicht nur eine Grenze der Einzelgabe, sondern auch eine solche der Gesamtmenge festgesetzt würde.

Die Bedeutung der Abderhaldenschen Reaktion für den ärztlichen Sachverständigen.[1])

Von Kreisarzt Dr. **Beintker**, Vorsteher des Kgl. Medizinal-Untersuchungs-Amtes in Düsseldorf.

Auf der Fähigkeit des Körpers, körperfremdes Eiweiß stets abzubauen, beruht eine neue serobiologische Reaktion, die wie kaum eine andere berufen ist, befruchtend auf fast alle Zweige der Medizin einzuwirken. Es ist die Seroreaktion nach Abderhalden.

Nach Beendigung der Säuglingsperiode nimmt der Mensch artfremdes Eiweiß mit der Nahrung auf. Damit dies in das körpereigene, spezifische Eiweiß umgewandelt werden kann, muß es erst abgebaut und in seine Bausteine zerlegt werden. Dies geschieht im Magen-Darmkanal durch die Arbeit der Verdauungsfermente und weiterhin in der Leber durch die Tätig-

[1]) Nach einem Vortrag, gehalten bei den „Klinischen Abenden“ im Marienhospital in Düsseldorf.

keit der Leberzellen. So wird bewirkt, daß das Blutplasma stets eine gleichbleibende Zusammensetzung hat. An stickstoffhaltigen, eiweißähnlichen Bestandteilen enthält es außer dem Serumeiweiß noch tiefer abgebaute, „abiurete" Spaltprodukte, die die Biuretreaktion nicht mehr geben, nämlich Aminosäuren, zu denen das Eiweiß abgebaut, und aus denen es aufgebaut wird. Sie bilden einen Teil des sog. „Reststickstoffes" d. h. des Stickstoffes, der nach dem Entfernen des Eiweißes noch im Serum gefunden wird. Aus diesen Aminosäuren baut die Zelle das zelleigene Eiweiß wieder auf, und zwar ebenfalls mit Hilfe von Fermenten. Fermente sind Stoffe, die die Eigenschaft haben, chemische Verbindungen einzuleiten und zu unterhalten, ohne selbst dabei verbraucht zu werden; man kann ihre Funktion treffend mit der des Schmieröls bei Maschinen vergleichen. So verläuft unter normalen Verhältnissen die Assimilation artfremden Eiweißes.

Tritt nun plötzlich eine Aenderung in der Zusammensetzung des Plasma auf, wie es der Fall ist, wenn Serum einer anderen Tierart subkutan, intravenös oder intraperitoneal, d. h. überhaupt unter Ausschluß des Verdauungsweges — parenteral — eingeführt wird, so weiß die einzelne Zelle damit nichts anzufangen; ihre Fermente sind auf diese neue Art Eiweiß nicht eingestellt. Aber es bilden sich bald, vermutlich durch die Tätigkeit der weißen und roten Blutkörperchen, neue Fermente, die auf das neue Eiweiß eingestellt sind. Abderhalden bezeichnet sie als Abwehrfermente.

Man mußblut- oder plasmafremdes Material dadurch auffinden können, daß man auf die darauf eingestellten Fermente fahndet. Die Schwangerschaft ist nun ein Zustand, bei dem das Blut sich in steter und ausgiebiger Berührung mit stark zunehmenden Eiweißmassen, nämlich mit der Placenta, befindet. Durch das Wachstum der Placenta und des Fötus, sowie durch die Abgabe von Stoffwechselprodukten in das mütterliche Blut findet ein Austausch von Eiweiß und seinen Abbauprodukten statt. Das mütterliche Blutplasma wird dadurch in seiner Zusammensetzung geändert; folglich sind im Serum Schwangerer stets Abwehrfermente gegen Plazentareiweiß enthalten. Sie sind bereits 8 Tage nach der Konzeption nachweisbar und bleiben es bis 2—3 Wochen nach Ausstoßung der Placenta. Damit ist die Möglichkeit der Schwangerschaftsdiagnose gegeben. Sie ist, nach den bisherigen Veröffentlichungen zu schließen, spezifisch und beruht auf dem Nachweis von Fermenten, die Plazentareiweiß abbauen.

Ebenso verhält es sich bei Karzinom, das durch Abbau von Karzinomgewebe nachgewiesen wird. Hierbei zeigt es sich aber, daß durchaus nicht alles Karzinomgewebe vom Karzinomserum abgebaut wird. Zunächst ist ein großer Unterschied zwischen Plattenepithel- und Zylinderepithelkarzinom vorhanden; die zugehörigen Sera bauen das anderszellige Karzinom nicht ab. Außerdem ist auch der Sitz des Karzinoms bestimmend,

insofern, als z. B. Magenkarzinomserum, am besten Magenkarzinomeiweiß, weniger gut das Karzinomeiweiß anderer Organe abbaut.

Von allergrößter Wichtigkeit für die Forschung ist ferner der Umstand, daß, wenn eine Dysfunktion an bestimmten Drüsen eintritt, namentlich von Drüsen mit innerer Sekretion, daß dann Abwehrfermente gegen diese Drüsen im Serum nachgewiesen werden. Dieser Befund ist wichtig für die Erkenntnis mancher, in ihren Ursachen bisher nicht aufgeklärter Geisteskrankheiten, namentlich bei Dementia praecox. Ich verweise dabei auf die Arbeit von Fauser, die in Nr. 2 des laufenden Jahrgangs dieser Zeitschrift ausführlich referiert ist. F. fand nämlich u. a., daß das Serum männlicher Kranker Hodengewebe, das weiblicher Kranker Ovarialgewebe abbaut.

Zum Nachweis der Abwehrfermente gibt es zwei Wege, den Nachweis des Abbaues selbst und den der Abbauprodukte. Der Abbau selbst wird nachgewiesen, in dem man aus Plazentareiweiß hergestelltes Pepton mit Serum Schwangerer im Polarisationsapparat beobachtet; es findet eine Drehung des polarisierten Lichtes statt. Meist werden aber die Abbauprodukte nachgewiesen, und zwar durch das Dialysierverfahren. Das Molekül des Eiweißes ist so groß, daß es die feinen Oeffnungen tierischer Membranen nicht passieren kann; es dialysiert nicht. Bringt man z. B. Eiweiß aus Hühnereiern in eine Dialysierhülse und stellt diese in ein Kölbchen mit Wasser, so ist nach 24 h. in der Außenflüssigkeit kein Eiweiß nachzuweisen. Fügt man aber zu dem Eiweiß Trypsin oder Pepsinsalzsäure, so daß es abgebaut wird, so können die entstehenden Peptone und Polypeptide durch die feinen Oeffnungen der Membran hindurchtreten, da ihre Moleküle viel kleiner sind. Sie werden dann in dem Wasser nachgewiesen. Wird nun Plazentareiweiß mit dem Serum einer Schwangeren in einer Dialysierhülse zusammengebracht, so wird es abgebaut; die Abbauprodukte können ebenfalls in der Anßenflüssigkeit nachgewiesen werden, während beim Normalserum kein Abbau stattfindet. Der Nachweis geschieht entweder durch die Biuretreaktion oder durch Kochen mit Ninhydrin.

Nur bei zweckmäßig gewonnenen Blutserum kann eine einwandfreie Reaktion erhalten werden. Man braucht mindestens 6 ccm Serum; es müssen daher, am besten durch Punktion der Vena mediana in der Ellenbogenbeuge, mindestens 15—20 ccm Blut entnommen werden. Das Blut wird in einem sterilen Zentrifugenglas aufgefangen. Die Blutentnahme geschieht zweckmäßig vormittags; denn nach der Hauptmahlzeit können die schon im normalen Blutserum enthaltenen, reagierenden, dialysablen Substanzen, der Reststickstoff, so vermehrt sein, daß sie eine positive Reaktion vortäuschen können. Das Serum muß völlig klar sein und darf weder rote Blutkörperchen noch Blutfarbstoff enthalten.

Zur Anstellung der Reaktion gehören zahlreiche

Kontrollen, insbesondere müssen alle verwendeten Apparate und Reagentien auf ihre Brauchbarkeit daher genau geprüft sein.

Die Verwendung der Methode ist sehr vielseitig. Auch für den ärztlichen Sachverständigen kann sie große Bedeutung gewinnen. Vielleicht ermöglicht sie in nicht allzu ferner Zeit eine Frühdiagnose von Geisteskrankheiten, sogar, wenn deutliche Krankheitserscheinungen noch nicht bestehen. Ebenso kann sie bei der Entscheidung der Frage, ob eine eingetretene Geisteskrankheit die Folge eines Unfalles ist, von Wichtigkeit sein. Auch zur Feststellung einer Schwangerschaft, zur Diagnose eines kürzlich stattgefundenen Abortes, kann die Reaktion dienen.

Die Reaktion wird u. a. auch in dem Königl. Medizinal-Untersuchungsamt in Düsseldorf angestellt, und zwar z. Zt. bei Karzinom und Schwangerschaft.

Aus dem Königl. Medizinal-Untersuchungsamte in Düsseldorf.

Dasran, ein neues Desinfektionsmittel.

Von Kreisarzt Dr. Beintker, Vorsteher des Medizinal-Untersuchungsamtes.

Auf Veranlassung des Herrn Regierungspräsidenten in Düsseldorf wurde das von der Firma Heinrich Leonhardt in Neuhardenberg hergestellte Desinfektionsmittel „Dasran" einer Prüfung auf seine Wirksamkeit unterzogen. Veranlassung gaben der sehr billige Preis von 0,50 M. für das Kilogramm, ein Preis, bei dem das Liter der 1proz. Lösung, die in dem beigefügteu Prospekt als ausreichend angegeben war, auf $^1/_2$ Pfg., das Liter der 5proz. Lösung auf $2^1/_2$ Pfg. kommt. Dem übersandten Prospekt war ein Gutachten aus dem Hygienischen Institut der Universität Halle a. S., gez. Prof. Dr. Fränken, Geh. Med.-Rat, beigefügt, in dem eine nicht unerhebliche keimtötende Wirkung des Mittels bescheinigt war. Das Gutachten stützte sich auf folgende Tabelle:

Minute	Staphylo-kokken-Lösung		Diphtherie-Lösung		Kälberruhr-Lösung		Schweinepest-Lösung	
	2,5 %	5 %	2,5 %	5 %	2,5 %	5 %	2,5 %	5 %
2	+	+	—	—	+	—	+	—
5	—	—	—	—	+	—	+	—
10	—	—	—	—	+	—	+	—
20	—	—	—	—	+	—	+	—
30	—	—	—	—	+	—	+	—

Es war vielleicht zu erwarten, daß das Mittel sich in Anbetracht seines billigen Preises für die grobe Desinfektion eignete.

Auf mein Ersuchen stellte mir der Fabrikant eine größere Menge Dasran zur Verfügung. Das Mittel stellt eine schwarz-

braune, trübe, dickliche, nach Teer richende Flüssigkeit dar mit einem spezifischen Gewicht von 1,25. Es reagiert stark sauer. Bei der Mischung mit destilliertem Wasser entstand eine graubraune, undurchsichtige Flüssigkeit; bei Verwendung von Leitungswasser sah die Mischung ähnlich aus, außerdem bildete sich auf der Oberfläche eine dünne, aus schwarzer, teerartiger Masse bestehende Schicht. Nach sechsstündigem Stehen hatte sich am Boden und den Wänden des Gefäßes der Mischung mit Leitungswasser schwärzliche Massen angesammelt. Nach 24stündigem Stehen befand sich in beiden Gefäßen auf dem Boden eine schwarze Masse, die der äußeren Beschaffenheit und dem Geruche nach Teer zu sein schien. Die überstehende Flüssigkeit war relativ klar, leicht bräunlich gefärbt und reagierte stark sauer.

Wurden die zur Prüfung verwandten Bakterien in destilliertem Wasser aufgeschwemmt, so war der Erfolg mit der 2,5proz. Lösung recht gut. Es wurden abgetötet:

I. Typhusbazillen.

Dauer der Einwirkung	1/2′	1′	2′	4′	6′	8′	10′	Kontrolle
Befund nach 24 h.	+	+	—	—	—	—	—	+
Befund nach 72 h.	+	+	+	—	—	—	—	+
Befund nach 96 h.	+	+	+	—	—	—	—	+

II. Paratyphus B-Bazillen.

Dauer der Einwirkung	1/2′	1′	2′	4′	6′	8′	10′	Kontrolle
Befund nach 24 h.	—	+	+	+	—	—	—	+
Befund nach 72 h.	+	+	+	+	—	—	—	+
Befund nach 96 h.	+	+	+	+	—	—	—	+

III. Bakterium coli, frisch aus dem Stuhlgang mittels Endoplatte gezüchtet.

Dauer der Einwirkung	1/2′	1′	2′	4′	6′	8′	10′	Kontrolle
Befund nach 24 h.	+	—	—	—	—	—	—	+
Befund nach 72 h.	+	+	+	—	—	—	—	+
Befund nach 96 h.	+	+	+	—	—	—	—	+

IV. Staphylokokken aureus, frisch aus Eiter gezüchtet.

Dauer der Einwirkung	1/2′	1′	2′	4′	6′	8′	10′	Kontrolle
Befund nach 24 h.	+	—	—	—	—	—	—	+
Befund nach 72 h.	+	+	+	—	—	—	—	+
Befund nach 96 h.	+	+	+	—	—	—	—	+

Die Prüfung wurde so vorgenommen, daß gleiche Mengen der 5proz. Dasranlösung und der vorher durch sterile Papier-

filter filtrierten Bakterienaufschwemmung vermischt wurden. Nach der am Kopfe der Versuche angegebenen Zeit wurde je eine Oese des Gemisches in ein Bouillonröhrchen übertragen. Die Röhren, in denen sich Bakterienwachstum zeigte, wurden auf das Vorhandensein der Testbakterien bei I und II mittelst Agglutination mit spezifischem Serum, bei III und IV durch Kultur auf Endo- bezw. auf Serumplatten geprüft. Aus den Röhrchen, die nach 24 h. kein Wachstum zeigten, wurde 1 ccm entnommen und auf ein weiteres Röhrchen verimpft, um eine durch die mitübertragene Menge des Mittels verursachte Wachstumshemmung auszuschalten. Außer der Prüfung der frischen Mischung wurde auch die nach 24stündigem Stehen erhaltene, überstehende, klare Flüssigkeit auf ihre Wirkung geprüft. Die Versuche hatten folgendes Ergebnis:

I. Typhus.

Dauer der Einwirkung	1/2′	1′	2′	4′	6′	8′	10′	Kontrolle
Befund nach 24 h.	+	+	—	—	—	—	—	+
Befund nach 72 h.	+	+	—	—	—	—	—	+
Befund nach 96 h.	+	+	—	—	—	—	—	+

II. Paratyphus B.

Dauer der Einwirkung	1/2′	1′	2′	4′	6′	8′	10′	Kontrolle
Befund nach 24 h.	+	+	+	—	—	—	—	+
Befund nach 72 h.	+	+	+	—	—	—	—	+
Befund nach 96 h.	+	+	+	—	—	—	—	+

III. Bacterium coli.

Dauer der Einwirkung	1/2′	1′	2′	4′	6′	8′	10′	Kontrolle
Befund nach 24 h.	+	+	+	—	—	—	—	+
Befund nach 72 h.	+	+	+	—	—	—	—	+
Befund nach 96 h.	+	+	+	—	—	—	—	+

IV. Staphylococcus anreus.

Dauer der Einwirkung	1/2′	1′	2′	4′	6′	8′	10′	Kontrolle
Befund nach 24 h.	+	+	+	+	—	—	—	+
Befund nach 72 h.	+	+	+	+	—	—	—	+
Befund nach 96 h.	+	+	+	+	—	—	—	+

Man sieht also, daß die desinfizierende Wirkung des „Dasran“ allein auf der Säure beruht, die den teerigen Bestandteil des Mittels in Lösung halten soll. Jedoch ist anzuerkennen, daß für die Abtötung von Keimen in wässeriger Lösung die Desinfektionskraft des Mittels ausreicht. Ein ganz anderes

Bild zeigen aber die Versuche mit Bakterien, die nicht in Wasser, sondern in einer Mischung von gleichen Teilen sterilen destillierten Wassers und Aszitesflüssigkeit aufgeschwemmt waren. Diese Prüfung muß bei der Untersuchung von Desinfektionsmitteln, die nicht, wie das Sublimat, ausschließlich zur Händedesinfektion bestimmt sind, stets angestellt werden; denn in der Natur sind die Bakterien meist in Flüssigkeiten enthalten, in denen Eiweiß oder seine Abbauprodukte vorhanden sind. Bei der Mischung der 5 %tigen Dasranverdünnung mit der Aufschwemmung entstand infolge der sauren Beschaffenheit des Mittels eine starke Gerinnung. Derartige Gerinnungserscheinungen lassen schon von vornherein den Wert eines Desinfektionsmittels als fraglich erscheinen, da die Bakterien durch das ausfallende Eiweiß eingehüllt und dadurch vor der Berührung mit dem Desinfektionsmittel geschützt werden, wie es z. B. bei der Sputumdesinfektion mit Sublimatlösung der Fall ist.

Den Erwartungen entsprachen auch die Ergebnisse der Prüfung einer 5 %. Lösung von Dasran. Sowohl beim unfiltrierten, wie beim filtrierten Präparat war nach 10' eine Abtötung nicht eingetreten.

Bakterien nach	Befund nach	Dauer der Einwirkung ½'	1'	2'	4'	6'	8'	10'	Kontrolle
Typhus	24 h.	+	+	+	+	+	+	+	+
Paratyphus	24 h.	+	+	+	+	+	+	+	+
Coli	24 h.	+	+	+	+	+	+	+	+
Staph. aur.	24 h.	+	+	+	+	+	+	+	+
Kontrolle ohne Bakterien, nur Aszitesflüssigkeit									—

Daß die angegebenen Arten von Bakterien vorhanden waren, wurde auf die oben erwähnte Art geprüft.

Nachdem so schon durch die Laboratoriumsversuche der praktische Wert des Mittels mindestens zweifelhaft geworden war, wurde es auch den Anforderungen der Praxis entsprechend geprüft. Zu dem Zweck wurde ein frischer, geformter Stuhlgang in einem Becherglas mit Wasser übergossen, darauf 50 ccm Dasran hinzugefügt und das Ganze auf 1 l aufgefüllt. Darauf wurde die Masse mittelts Holzscheites nach Möglichkeit verrührt. Nach 5' Rührens waren noch einzelne kleine Bröckel von höchstens Erbsengröße vorhanden. Die Aussaat ergab auch in einer nach 6 Stunden entnommenen Probe reichliches Wachstum von Bakterium coli.

Im Bericht an den Herrn Regierungspräsidenten in Düsseldorf wies ich auf die Verwandtschaft des Dasran mit dem Automors und Sanatol sel. Angedenkens hin und schloß damit, daß das Mittel bei Gegenwart von Eiweiß, sowie bei der Desinfektion menschlicher Abgänge völlig versagt habe und daß es als Desinfektionsmittel nicht zu empfehlen sei.

Merktafel über Gewicht und Länge der Kinder.

Von Kreisarzt Dr. **Wilcke**-Genthin.

Eine Uebersicht vermag zwar nur annähernd die Werte zu geben, dient aber als Stütze für das Gedächtnis. Uebersicht I und II gibt das Kindesgewicht in kg für das in der ersten Reihe zu suchende Lebensjahr an.

I.	II.
$1 = 1 \times 3 + 7 = 10$ kg	$8 = 8 \times 3 + 1 = 25$ kg
$2 = 2 \times 3 + 6 = 12$ „	$9 = 9 \times 3 + 0{,}5 = 27^{1}/_{2}$ „
$3 = 3 \times 3 + 5 = 14$ „	$10 = 10 \times 3 + 0 = 30$ „
$4 = 4 \times 3 + 4 = 16$ „	$11 = 11 \times 3 - 0{,}5 = 32^{1}/_{2}$ „
$5 = 5 \times 3 + 3 = 18$ „	$12 = 12 \times 3 - 1 = 35$ „
$6 = 6 \times 3 + 2 = 20$ „	$13 = 13 \times 3 - 1{,}5 = 37^{1}/_{2}$ „
$7 = 7 \times 3 + 1 = 22$ „	$14 = 14 \times 3 - 2 = 40$ „

Aus Uebersicht III berechnet man die Längenmaße der Kinder in cm für die einzelnen Jahre.

III.	
$1 = 75 = 75$ cm	$8 = 80 + 8 \times 5 = 120$ cm
$2 = 75 + 2 \times 5 = 85$ „	$9 = 80 + 9 \times 5 = 125$ „
$3 = 80 + 3 \times 5 = 95$ „	$10 = 80 + 10 \times 5 = 130$ „
$4 = 80 + 4 \times 5 = 100$ „	$11 = 80 + 11 \times 5 = 135$ „
$5 = 80 + 5 \times 5 = 105$ „	$12 = 80 + 12 \times 5 = 140$ „
$6 = 80 + 6 \times 5 = 110$ „	$13 = 80 + 13 \times 5 = 145$ „
$7 = 80 + 7 \times 5 = 115$ „	$14 = 80 + 14 \times 5 = 150$ „

Genaue Werte findet man in der Pirquetschen Tafel zur Bestimmung von Wachstum und Ernährungszustand bei Kindern.

Vom Kampf gegen Unzucht und Unsittlichkeit.

Von Dr. **Blumm**, Frauenarzt in Bayreuth.

Schlegtendals Veröffentlichung in Nr. 4 der Zeitschrift veranlaßt mich, auf Folgendes hinzuweisen:

Vaginale Douchen post coitum sind die aller unzuverlässigsten Mittel zur Konzeptionsverhütung: Bis die Douche kommt, sind die meist mittelst des Geilheitstropfens zu Beginn des Aktes an das Orificium externum gelangten Spermatozoen längst hoch oben im Uterus in Sicherheit und können, wie es unzähligemal vorkommt, ihre befruchtende Tätigkeit ausüben. Daß ein Wasserstrahl mit solcher Kraft durch die Scheide rast, daß er auch das Orificium internum durchdringt (und dann schwere Uteruskolik auslöst!), gehört zu den allergrößten Seltenheiten. Drum lasse man den Verkauf der Douche-Apparate, soweit sie ohne Uterus-Kanülen sind, ruhig zu; sie verhüten doch wenigstens manche venerische Infektion! Der richtige Gebrauch einer Intrauterinspritze, ohne Verletzungen zu machen, ist für die meisten Frauen, die nicht gerade Hebammen sind, ein Ding der Unmöglichkeit! Schwer genug ist schon manche Frau durch die Folgen einer Scheiden- oder Uterusperforation beim Abtreibungsversuch mittelst solcher Kanülen bestraft worden!

Die diesjährige Beratung des preußischen Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat.

Vom Herausgeber.

Die Beratung des Abgeordnetenhauses hat in diesem Jahre am 21. und 23. Februar, also 14 Tage später als im Vorjahre stattgefunden und wurde am ersten Tage eingeleitet durch einen kurzen Bericht seitens des Berichterstatters Abg. v. d. Osten-Warnitz (kons.) über die Verhandlungen der Budgetkommission, der sich ganz genau in dem Rahmen der darüber in Nr. 3 dieser Zeitschrift (s. S. 122) gemachten Mitteilungen hielt. An ihm schloß sich dann eine verhältnismäßig lange Erörterung über die von den Abgg. v. Wenden (kons.), Kaufmann (Zentr.) und Liepmann (natl.) gestellten Anträge, in denen ein **gesetzlicher Schutz** für die **Tracht der Diakonissen, der katholischen Ordensleute und der Schwestern vom Roten Kreuz** erbeten wurde. Die Notwendigkeit eines solchen Schutzes wurde sowohl von allen Parteien, als von der Staatsregierung anerkannt; man war auch darüber einig, daß mit den dazu erforderlichen Maßnahmen nicht bis zum Erlaß eines neuen Strafgesetzbuches, in dessen Entwurf eine Strafbestimmung in dieser Hinsicht vorgesehen ist, zu warten, sondern ein möglichst baldiges Einschreiten erforderlich sei. Der Antrag wurde demzufolge einstimmig an die um 7 Mitglieder zu verstärkenden Gemeindekommission zur weiteren Beratung verwiesen. — Mit seiner Beratung war gleichzeitig eine solche über die **allgemeine Fürsorge für das Krankenpflegepersonal** verbunden, die sich am zweiten Sitzungstage fortsetzte und sich auch auf den Bau von **Krankenhäusern** erstreckte. Sie wurde eingeleitet von einer Rede des Abg. Dr. Mugdan (freis. Volksp.), in der dieser zunächst auf die ungünstigen Verhältnisse des Krankenpflegepersonals (übermäßige Arbeitszeit, ungenügende Ernährung und Besoldung, Mangel einer Versicherung gegen Berufsunfähigkeit, Beschränkung in bezug auf ihr Koalitionsrecht, Entziehung der bisher gewährten Bahnfahrtpreisermäßigung usw.) hinwies und hierauf die hohen Baukosten der neueren Krankenhäuser bemängelte. Er begrüßte deshalb ebenso wie die beiden folgenden Redner (Abgg. v. Pappenheim (kons.) und Kaufmann (Zentr.) mit Freuden den vor kurzem ergangenen Min.-Erl., in dem die nachgeordneten Behörden angewiesen werden, in geeigneter Weise den Bau von luxuriösen Krankenhäusern zu verhindern; daß auch für erheblich geringere Kosten gut eingerichtete kleine und große Krankenanstalten gebaut werden können, dafür wurden vom Abg. v. Pappenheim verschiedene zutreffende Beispiele angeführt. Seine Bedenken gegen den Erlaß der Vorschriften über den Bau von Krankenhäusern in der Form von Polizeiverordnungen wurden von dem Herrn Minister v. Dallwitz als unbegründet widerlegt; die von den Abgg. Dr. Mugdan und v. Pappenheim betonte Notwendigkeit, namentlich auf dem Lande mehr

kleine Krankenhäuser als bisher zu bauen, auch von dem H. Min.-Direktor Prof. Dr. Kirchner anerkannt, aber gleichzeitig von diesem mit Recht betont, daß die kleinen Krankenhäuser den hygienischen und medizinischen Anforderungen tunlichst entsprechen müßten und vor allem keine Isolierräume für ansteckende Kranke fehlen dürften. An den hohen Baukosten der Krankenanstalten seien im übrigen nicht die hygienischen Forderungen der Medizinalbeamten schuld, sondern weitaus zum größten Teile die von den Kommunalverwaltungen meist begünstigten architektonischen Wünsche der Bautechniker.

Nur ganz kurz wurde bei den Verhandlungen der **Streit der Aerzte mit den Krankenkassen** von den Abgg. Dr. Mugdan (freis. Volksp.) und Dr. von Woyna (freikons.) berührt, die beide in der inzwischen eingetretenen friedlichen Einigung ein günstiges Zeichen für ein dauernd gutes Verhältnis zwischen beiden Parteien erblickten. Der vom Abg. Dr. Mugdan erhobene Vorwurf, daß die Medizinalverwaltung bei den Friedensverhandlungen nicht genügend beteiligt gewesen sei, wurde vom H. Min.-Direktor Prof. Dr. Kirchner als nicht zutreffend zurückgewiesen. Dagegen wurde von diesem ein anderer Wunsch des Abg. Dr. Mugdan nach schnellerer und größerer **Vermehrung der vollbesoldeten Kreisarztstellen** dahin entgegenkommend beantwortet, daß es beabsichtigt seien, allmählich alle Kreisarztstellen, deren Inhaber durch ihre Amtstätigkeit vollbeschäftigt seien, in vollbesolldete umzuwandeln. Das wird den Kreisärzten sicherlich sehr willkommen sein, besonders wenn das Tempo der Umwandlung ein schnelleres ist. Zu der weiteren Anregung des Abg. Dr. Mugdan, betreffs Einschränkung der Nebenbeschäftigungen der Kreisärzte, namentlich der vollbesoldeten, zugunsten der praktischen Aerzte, insbesondere soweit es sich um die Anstellung als Impfärzte handelt, äußerte sich Herr Min.-Direktor Prof. Dr. Kirchner dahin, daß Nebenbeschäftigungen der vollbesoldeten Kreisärzte nur mit ministerieller Genehmigung gestattet seien und diese nur dann erteilt werde, wenn diese Beschäftigung mit ihrer amtlichen Tätigkeit mehr oder weniger im Zusammenhang stehe oder für diese förderlich sei. Dazu gehöre auch die Ausführung des öffentlichen Impfgeschäftes, die den Kreisärzten die beste Gelegenheit gebe, die Bevölkerung ihres Amtsbezirks kennen zu lernen und Fühlung mit ihr zu gewinnen. Die in früheren Jahren üblichen Klagen über den sogen. Uebereifer der Kreisärzte sind auch diesmal ebenso wie im Vorjahre ausgeblieben; ihre Tätigkeit scheint also immer mehr Verständnis und Anerkennung zu finden. Vereinzelt kam dies bei den diesjährigen Verhandlungen sogar zum Ausdruck; so wurde z. B. von dem Abg. Frhrn. v. Reitzenstein (Zentr.) die Tätigkeit des Kreisarztes Dr. Malisch in Pleß (Oberschlesien) behufs Ermittelung und Bekämpfung eines **Malariaherdes** in seinem Kreise rühmend hevorgehoben und gleichzeitig die Bitte an die Staatsregierung

gerichtet, erforderlichenfalls eine besondere Kommission zu entsenden, um die zur vollständigen Vernichtung dieses Herdes alle noch notwendigen Maßnahmen festzustellen, eine Bitte, die vom H. Min.-Direktor Prof. Dr. Kirchner entgegenkommend beantwortet wurde. Das gleiche geschah gegenüber einer Bitte des Abg. Dr. v. Woyna, daß die Medizinalverwaltung bei Durchführung des **Wassergesetzes,** insbesondere bei Prüfung und Beaufsichtigung der **Trinkwasser-** und **Abwässer-Anlagen** stets in ausreichender Weise mitwirken möge.

Die weitaus größte Rolle spielte am zweiten Verhandlungstage die wichtige Frage des **Geburtenrückganges,** bei der nebenher noch die **Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit,** sowie die Mitwirkung der **Hebammen** auf diesem Gebiete und der Erlaß eines **Hebammengesetzes** berührt wurden. Von allen an dieser Erörterung sich beteiligten Rednern: als Vertreter der Staatsregierung: Minister von Dallwitz und Min.-Direktor Prof. Dr. Kirchner, als Vertreter der einzelnen politischen Parteien: Frhr. v. Steinaecker (Zentr.), Dr. Mugdan (freis. Volksp.), v. Woyna (freikons.), Stroebel (Sozd.), v. d. Osten (kons.) und Dr. Lohmann (natl.), wurde die ungeheure Wichtigkeit dieser Frage für die Allgemeinheit betont und der Geburtenrückgang als eine große nationale Gefahr bezeichnet, die mit allen Mitteln bekämpft werden müsse; aber über die Wege zu ihrer Bekämpfung gingen die Ansichten auseinander, während sie mehr oder weniger übereinstimmend in der gewollten Beschränkung der Kinderzahl die Hauptursache erblickten. Der von sozialdemokratischer Seite vertretene Standpunkt, daß namentlich das soziale Elend, die verkehrte Schutzzollpolitik und die dadurch bedingte Verteuerung der Lebensmittel die Ursachen für den Geburtenrückgang bilden, wurde von allen anderen Rednern mit Recht als völlig unzutreffend widerlegt und anderseits in dem im Reichstage eingebrachten Gesetzentwurf betr. das Verbot des Verkaufs und der Ankündigung von antikonzeptionellen und Abortivmitteln eine wirksame Maßregel zur Beseitigung wenigstens eines der Mißstände auf diesem Gebiete erblickt. Außerdem sei von geeigneter und ausgedehnter Aufklärungsarbeit, besonders durch die Geistlichkeit, größerer Erweckung des Verantwortlichkeitsgefühls, Einschränkung der weiblichen Erwerbstätigkeit usw. mehr zu erwarten, als von polizeilichen Maßregeln. Der vom Abg. Dr. Lohmann (natlib.) gegen die Aerzte erhobene Vorwurf, daß sie in manchen Fällen zu leicht geneigt seien, bei Frauen aus Gesundheitsrücksichten die Schwangerschaft künstlich zu unterbrechen, wurde vom H. Min.-Direktor Prof. Dr. Kirchner als unbegründet zurückgewiesen; denn der Arzt sei zu einem solchen Vorgehen nur dann berechtigt, wenn eine Gefahr für Leben und Gesundheit der Frau tatsächlich vorliegt. Ebenso scharf wurde sowohl von diesem Redner, als von dem Abg. Dr. Mugdan (freis. Volksp.) die von dem Abg. Hirsch (Soz.) vertretene Ansicht bekämpft,

daß die **Tuberkulose** vorzugsweise eine Krankheit der Arbeiterbevölkerung, eine sogen. „Proletarierkrankheit“ sei; ihre Ursache beruhe vielmehr lediglich auf Uebertragung, der die wohlhabenden Bevölkerungsklassen in gleicher Weisr wie die ärmeren ausgesetzt seien.

Betreffs der sonst noch von einzelnen Rednern berührten Fragen: Nahrungsmittelkontrolle (Abg. Grund [natl.]), Bekämpfung der spinalen Kinderlähmung und der Blinddarmentzündung, Trinkwasserversorgung, Zentralisation der Fürsorgebestrebungen und Cecilienhilfe (Abg. Dr. v. Woyna (freik.), Krüppelfürsorge, Forschungen in bezug auf die Schutzpockenimpfung und Beschaffung einwandfreier Lymphe (Abg. Dr. Mugdan [freis. Vp.]), Ausführung des Impfgesetzes (Hänisch [Soz.]), Umlagerecht der Apothekerkammern (Abgg. Schäfer [kons.] und v. Bülow [natl.]), und die darauf vom Regierungstisch (Min.-Direktor Prof. Dr. Kirchner, Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Abel und Geh. Reg.-Rat Dr. Sänger) erteilten Antworten wird auf den nachstehenden, im ausführlichen Auszuge mitgeteilten stenographischen Bericht verwiesen:

Allgemeine Erörterung.

Abg. **V. d. Osten-Warnitz,** Berichterstatter (kons.): In der Budgetkommission wurde zunächst das **Verhältnis der Aerzte zu den Krankenkassen** ganz kurz besprochen. Der Herr Minister teilte mit, daß noch Verhandlungen schwebten, daß aber im allgemeinen auf Grund der prinzipiellen Vereinbarungen zwischen dem Leipziger Verbande und dem Zentralverband der Krankenkassen eine Einigung zustande gekommen sei.

Dann wurde das Problem des **Geburtenrückganges** erörtert. Der Herr Ministerialdirektor teilte mit, daß in der erweiterten wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen die Frage erörtert worden sei. Das darüber gesammelte Material sei ein ungeheures und sehr betrübliches. Es sei festgestellt worden, daß der sogenannte Geburtenüberschuß, d. h. die Differenz zwischen Geburten- und Sterbeziffern, sich in den letzten 10 bis 12 Jahren in einer auffälligen und alljährlich rapide zunehmenden Verschlechterung befinde; es gebe schon Orte, in denen die Sterbeziffer größer sei als die Geburtenziffer. Das sei um so auffallender, als infolge des großen Aufschwunges der öffentlichen Gesundheitspflege die Zahl der Menschen, die an übertragbaren Krankheiten sterben, gewaltig abnehme. Abtreibungsmittel würden in ungeheurem Umfange vertrieben. Anderseits sei ein Rückgang der Eheschließungen oder der Zeugungs- oder Gebärfähigkeit oder der ganzen Volkskraft in keiner Weise festzustellen; im Gegenteil könne festgestellt werden, daß die durchschnittliche Volkskraft im Zunehmen begriffen sei, wie sich unter anderem auch aus der zunehmenden durchschnittlichen Körperlänge der Gestellungspflichtigen ergebe. Nun werde immer auf die schlechte wirtschaftliche Lage hingewiesen, die Sozialdemokratie spreche z. B. von der Verelendung der Massen. Tatsache sei dagegen, daß der durchschnittliche standard of life unserer Bevölkerung sogar merklich besser sei als früher, wie sich auch aus der Abnahme der Auswanderungen ergebe. Unzweifelhaft handle es sich um etwas Gewolltes, das sich als eine schwere Krankheit unseres Volkslebens darstelle, der energisch entgegengetreten werden müsse. Der Herr Minister des Innern vervollständigte diese Ausführungen noch durch die Mitteilung, daß dem Reichstag gegenwärtig ein Gesetzentwurf wegen Aenderung der § 56 und 56c der Gewerbeordnung vorliege, der unter anderem ein Verbot des Handels mit empfängnisverhütenden Mitteln im Umherziehen vorsehe.

Hierauf wurde bei der Generaldebatte noch kurz der Wunsch der Zahnärzte um Verleihung des Titels **Dr. med. dent.** erörtert. Dazu wurde von

der Staatsregierung erklärt: Die Schaffung des von den Zahnärzten erstrebten „Dr. med. dent.“ sei nicht ohne Bedenken. Der Doktortitel sei ein wissenschaftlicher, der mit der Praxis nichts zu tun habe. Außerdem gebe es der geschichtlichen Entwicklung entsprechend nur so viele Arten von Doktortiteln, als es an den Universitäten Fakultäten gebe. Der „Dr. med. vet.“ der tierärztlichen Hochschulen und der „Dr.-Ing.“ der technischen Hochschulen ständen außerhalb der Universitäten. Die Zahnärzte hätten den „Dr. phil.“ gemacht, solange sie als Studenten bei der philosophischen Fakultät inskribiert würden. Jetzt würden sie bei der medizinischen Fakultät inskribiert, müßten also folgerichtig den „Dr. med.“ erwerben. Die Frage, ob und unter welchen Bedingungen den Zahnärzten der Dr. med. gewährt werden könnte, oder ob ihrem Wunsche nach einem eigenen Doktortitel zu entsprechen wäre, sei Gegenstand eingehender Erwägungen der Unterrichtsverwaltung.

Auf Vorschlag der Abgg. Dr. **Kaufmann** und Dr. **Mugdan** findet dann zunächst eine Erörterung über das **Krankenpflegepersonal** und die hierzu von den Abgg. **v. Wenden** (kons.), Dr. **Liepmann** (natl.) und Dr. **Kaufmann** (Zent.) gestellten Anträge statt, in denen die Regierung ersucht wird, „**Maßnahmen zu treffen, welche geeignet sind, die Tracht der Diakonissinnen, der katholischen Ordensleute und die Tracht der Schwestern vom Roten Kreuz vor Mißbrauch zu schützen.**“

Abg. **v. Wenden** (kons.) bemerkt, daß er bereits in früheren Jahren den Antrag gestellt, die Tracht der Diakonissinnen vor Mißbrauch zu schützen; in der vergangenen Session sei aber dieser Antrag wegen des frühzeitigen Schlusses der Tagung leider unter den Tisch gefallen. Er habe eigentlich angenommen, daß der Antrag einer eingehenden Begründung nicht bedürfe, daß er vielmehr für jeden gebildeten Menschen selbstverständlich erscheine, aber aus den Aeußerungen in der Presse und aus Zeitschriften habe er entnommen, daß es doch nicht ohne einige Worte der Begründung abgehe. Der gegenwärtige Kultusminister habe ihm vor einigen Jahren als damaliger Chef der Medizinalabteilung in einer Privatunterredung mitgeteilt, daß er diese Wünsche der Diakonissinnen vollkommen verstehe und sich sein Ressort mit der Sache schon seit längerer Zeit befaßt habe, aber daß sie nicht so leicht zu lösen sei, wie es auf den ersten Blick erscheine. Daß Schwierigkeiten vorhanden sind, gibt Redner ohne weiteres zu, glaubt aber, daß sie sich werden überwinden lassen. Der Sinn und Zweck seines Antrages sei ein doppelter: Einmal sei er gestellt im Interesse der Diakonissinnen selbst, dann aber auch im Interesse der Allgemeinheit. Jedermann weiß, daß die Diakonissinnen das Kleid, das sie tragen, in hohen Ehren halten. In früheren Jahren war ein Schutz dieser Tracht nicht erforderlich, denn die Tracht war sozusagen ihr unbestrittenes Eigentum. Damals gab es auch noch nicht eine so große Anzahl von wilden Schwestern wie heute; damals waren die Leute auch noch nicht so raffiniert. Heute haben sich die Verhältnisse durchaus geändert. Das Kleid der Diakonissin wird jetzt zu allerhand unlauteren Zwecken mißbraucht. Jeder, der die Zeitung liest, weiß dies. Selbst Dirnen entblöden sich nicht, in dieser Tracht auf die Straße zu laufen, einmal, um die Polizei zu täuschen, dann aber auch, um ihre Opfer besser zu fangen. Das Novemberheft der Zeitschrift „Der Staatsbürger“ enthält z. B. einen Artikel, in dem mitgeteilt wird, daß sich in verschiedenen Großstädten Schwesternheime etabliert haben, die einen bordellartigen Charakter tragen. Es gibt auch viele „Herrschaften“, die es für geschmackvoll halten, ihre Dienstmädchen in Diakonissentracht zu kleiden. Gegen solchen Mißbrauch ist dringend Abhilfe nötig und zwar zum Schutz der Tracht sowohl für die Diakonissinnen, als für berufliche Krankenpflegerinnen überhaupt. Wenn man sich mit den ordentlichen Vertretungen der Diakonissinnen in Verbindung setzt, werden sicherlich die entgegenstehenden Schwierigkeiten zu überwinden sein. Sollte dies jedoch nicht möglich sein, so sollte man erwägen, ob es nicht angebracht ist, ein besonderes Ehrenzeichen für die Diakonissinnen einzuführen. Die Schwestern vom Roten Kreuz sind in dieser Hinsicht günstiger gestellt, da sie in bezug auf ihre Tracht bereits durch das Gesetz betr. Schutz des Genfer Neutralitätszeichens vor Mißbrauch geschützt sind. Der vom Zentrum gestellte Antrag geht zu weit, da er die Tracht aller katholischen Ordensleute schützen will, nicht bloß die der katholischen Krankenschwestern. Redner bittet, den Antrag nach dieser Richtung

einzuschränken und alle drei Anträge der verstärkten Gemeindekommission zur Beratung zu überweisen. (Bravo!)

Abg. Dr. **Kaufmann** (Zentr.): Der Schutz der Tracht der katholischen Ordensleute ist dringend erwünscht, denn diese Tracht wird immer öfter auf das schwerste mißbraucht. Hier in Berlin gibt es Restaurants, in denen die Bediensteten in Ordenstracht erscheinen, z. B. im Klosterkeller; es soll sogar ein Lokal, das sich „Nonnenklause" nennt, vorhanden sein, und in dem die bediensteten Mädchen in Nonnentracht einhergehen. Das sind Dinge, die als himmelschreiend bezeichnet werden müssen. Auch bei Vorstellungen der akademischen Jugend wird leider vielfach grober Unfug mit der katholischen Ordenstracht getrieben. Gesetzlicher Schutz gegen solchen Mißbrauch ist dringend nötig; als Muster dazu kann das Reichsgesetz vom 23. März 1902 zum Schutz des Genfer Nationalitätszeichens und die dazu erlassene Anweisung vom 7. Mai 1903 dienen. Wenn von Preußen aus ein dahingehender Antrag an den Bundesrat gestellt wird, so dürfte er sicherlich Entgegenkommen finden. Redner bittet ebenfalls, den Antrag der Gemeindekommission zu überweisen. (Bravo! im Zentrum.)

Abg. Dr. **Liepmann**-Teltow (natl.): Wir sehen auf der Straße viele in der Tracht der Schwestern vom Roten Kreuz, die sich nicht benehmen, wie die Würde des schweren Berufs es erfordert. Diese Pseudoschwestern diskreditieren die Schwestern, die wirklich sich dem aufopferungsvollen Beruf widmen und allen Anspruch darauf haben, gegen solchen diskreditierenden Mißbrauch ihrer Tracht geschützt zu werden. Die Schwestern vom Roten Kreuz sind ja in gewisser Weise geschützt, aber nur in bezug auf das Tragen der Broche mit dem Roten Kreuz auf weißem Untergrund. Ist der Untergrund etwas gelblich, so versagt der Schutz, ebenso versagt der Schutz in bezug auf die Tracht. § 360 Ziffer 8 Str.G.B. bedroht nur denjenigen mit Strafe, der unbefugt Amtskleidung trägt; dadurch ist also die Tracht des Roten Kreuzes nicht geschützt; denn wenn auch in der Kgl. Order vom 16. März 1912 die Allerhöchste Genehmigung zu einer Diensttracht der Schwestern zum Roten Kreuz gegeben ist, so dürfte diese doch nicht im Sinne des Gesetzes als „Amtskleidung" anzusehen sein. Es ist zwar versucht, einen Schutz dadurch zu erreichen, daß seitens der Oberin des Vorstandes der Krankenpflegeanstalt zum Roten Kreuz sowohl für die Haube, als für die weitere Tracht ein Patent genommen ist. Das Patent ist auch erteilt, aber durch die steigenden Patentgebühren ist der weitere Patentschutz immer lästiger geworden. Redner hält es zwar für richtiger, wenn diese Frage der Justizkommission überlassen würde; schließt sich aber ebenfalls dem Antrag auf Kommissionsberatung an. (Bravo!)

Minister des Innern Dr. **von Dallwitz**: Wie vorhin schon zutreffend ausgeführt worden ist, ist in vielen Fällen mit der Amtskleidung der Diakonissen und sonstiger der Krankenpflege sich widmender Verbände Mißbrauch getrieben worden. Es ist nicht immer möglich gewesen, dagegen einzuschreiten, wenn auch bisweilen wegen Betruges oder aus anderen Gründen strafrechtlich vorgegangen werden konnte. In einer Anzahl von Fällen war es jedenfalls nicht möglich, diesem Mißbrauch zuleibe zu gehen. Darum haben seitens der preußischen Staatsregierung in den letzten Jahren schon wiederholt Verhandlungen mit den zuständigen Reichsämtern darüber stattgefunden, welche Maßnahmen wohl am besten geeignet seien, einen wirksamen Schutz für die Tracht der Ordensschwestern und ähnliche Verbände zu schaffen; es hat sich dabei herausgestellt, daß ein solcher wirksamer Schutz nur im Wege einer Ergänzung des Strafgesetzbuchs zu finden sein werde, da der § 360 Ziff. 8 lediglich die Amtstracht, Orden und Ehrenzeichen schützt, nicht aber ohne weiteres Anwendung findet auf die Diensttracht von Diakonissen, Schwestern des Roten Kreuzes und katholischen, der Krankenpflege sich widmenden Schwestern. Darum ist vereinbart worden, daß in den Vorentwurf des Strafgesetzbuches eine Bestimmung folgenden Inhalts aufgenommen werden solle:

„Bestraft wird, wer unbefugt im Deutschen Reich staatlich anerkannte Berufstrachten oder Berufsabzeichen für Betätigung in der Krankenpflege trägt. Der Bundesrat bestimmt die Grundsätze usw."

Diese Bestimmung ist bereits in den Vorentwurf aufgenommen worden. Ob nun damit die ganze Tracht als solche geschützt werden würde, oder ob es

nicht aus anderen Gründen zweckmäßiger erscheint, bloß gewisse Abzeichen zu schützen, das kann wohl den späteren Verhandlungen überlassen werden. Es würde mit dieser Bestimmung auch den Wünschen der Unterzeichner des Antrages des Abg. Kaufmann genügt sein, soweit es sich um katholische Schwestern handelt, die sich der Krankenpflege widmen. Darüber würde allerdings die vorliegende in Aussicht genommene Fassung nicht hinausgehen. Aber die Verhandlungen darüber, nun auch in weitergehendem Maße alle Ordenstrachten unter einen solchen Schutz zu stellen, sind nicht bei Gelegenheit der Beratung des Medizinalwesens zu führen, sondern es würden dahingehende Anregungen — das möchte ich anheimstellen — bei der Beratung des Etats des Herrn Kultusministers zu geben sein. Insoweit es sich um Krankenpflegeorden handelt, bin ich gern bereit, die Wünsche entgegenzunehmen, und habe auch, wie Sie aus meinen Worten entnehmen werden, bereits das Meinige getan, um einen wirksamen Schutz für die Zukunft sicherzustellen. Einstweilen gibt es keine gesetzliche Handhabe, um in genügender Weise in allen Fällen dieser Art einzuschreiten.

Abg. Dr. **Mugdan** (fortschr. Volksp.) hält ebenso wie seine Parteifreunde einen Schutz für diejenigen Personen, die sich aus edelsten Beweggründen, ohne einen Gelderwerb erzielen zu wollen, der Krankenpflege widmen, für nötig und ist damit einverstanden, daß die Anträge der Gemeindekommission überwiesen werden. Man wird selbstverständlich Mittel und Wege finden müssen, um zu verhindern, daß Personen unbefugt die **Tracht von Krankenschwestern** sich anlegen, um auf dieser betrügerischen Weise wirtschaftliche Vorteile zu erzielen, oder, wie behauptet worden und auch sicher ist, Unsittlichkeiten zu treiben. Man dürfe aber nicht übersehen, daß, so wichtig das religiöse Krankenpflegepersonal ist, wir allein mit dem religiösen Krankenpflegepersonal nicht auskommen. Redner hat schon mehrmals von dieser Stelle aus und auch im Reichstag darauf hingewiesen, wie hoch er gerade die katholischen Krankenschwestern und die Diakonissen schätzt und mit welcher Selbstlosigkeit und Opferwilligkeit sie ihren schweren Beruf erfüllen. (Sehr gut!) Anderseits darf man aber nicht verkennen, daß allein diese religiösen Schwestern den Bedarf an Krankenpflege nicht decken können, daß wir auch Personen brauchen, die sich diesen Beruf als Lebensberuf wählen, um mit ihm ihren Lebensunterhalt zu gewinnen. Es ist deshalb billig, daß auch den anderen, in der Krankenpflege tätigen Personen der Schutz zuteil wird, der von den verschiedenen Parteien dieses Hauses und auch im Reichstag verlangt worden ist, ein Schutz, der bisher leider dem **Krankenpflegepersonal** noch nicht zuteil geworden ist. Tatsächlich steht fest, daß die Arbeitszeit des Krankenpflegepersonals in den öffentlichen Krankenanstalten zu groß und anderseits ihre Ernährung zum Teil ungenügend ist, daß auch oft ihre Behandlung und Stellung ihnen schließlich ihren Lebensberuf verleidet, und daß sie sehr wenig geschützt sind gegen die wirtschaftlichen Folgen, die durch Krankheit, Betriebsunfall und Berufsunfähigeit eintreten können. Die Unterstellung des Krankenpflegepersonals unter die Krankenversicherung der Reichsversicherungsordnung ist, was die Krankenpflege in öffentlichen Anstalten anbetrifft, zwar recht selten, aber das scheint nicht allzu wichtig zu sein, weil dann die öffentlichen Anstalten, mögen sie von Kreisen, von Städten oder vom Staate unterhalten werden, eine genügende Fürsorge ausüben müssen und wohl überall sich der Pflicht, die sie haben, bewußt sind. Die Frage der Pensionsversicherung bei Berufsunfähigkeit ist etwas gelöst durch unsere Angestelltenversicherung, da das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt die an Krankenanstalten tätigen Krankenpflegepersonen für versicherungspflichtig auf Grund des § 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte erklärt hat. Auf diese Weise haben diese Personen jetzt einen Schutz gegen Berufsunfähigkeit. Was die Unfallgefahr der Krankenpflege anbetrifft, so wird sie überschätzt; sie ist für die meisten Krankenpflegepersonen nicht allzu groß, aber sie ist vorhanden und ist bei den in der Irrenpflege Beschäftigten sogar sehr groß. Dagegen spielt naturgemäß für die Krankenpflege die Berufskrankheit eine große Rolle. Für diese gibt es bisher keine reichsgesetzliche Fürsorge; denn nach der Reichsversicherungsordnung hat der Bundesrat nur die Befugnis, gewisse Berufskrankheiten den Betriebsunfällen gleichzustellen. Der Bundesrat hat aber von dieser Befugnis bisher keinen Gebrauch gemacht, obwohl Anträge in dieser

Beziehung vorliegen. Bei den Krankenpflegepersonen spielt die Berufsunfähigkeit durch Berufskrankheit eine sehr große Rolle. So ist jetzt einwandfrei festgestellt, daß diejenigen Personen, die Typhuskranke pflegen, der Gefahr ausgesetzt sind, Träger der Typhusbazillen zu werden, und zwar die weiblichen mehr als die männlichen. Auf diese Weise können diese Krankenpflegepersonen den Typhus verbreiten, ohne selbst dabei zu erkranken. Da wird es doch Aufgabe der Medizinalverwaltung sein, Mittel und Wege zu finden, daß diese nachteiligen Folgen vermieden werden. Wenn eine Person Träger des Typhusbazillus ist, muß ihr die Krankenpflege verboten werden; wie kann dies aber geschehen, wenn sie keine Entschädigung erhält und nach Maßgabe der gegenwärtigen Gesetzgebung gar nicht entschädigt werden kann? Redner bedauert es sehr, daß die Medizinalverwaltung gewissermaßen ein Stiefkind bei der Beratung des Etats im Abgeordnetenhause ist; denn sie findet gleichsam als Anhängsel erst dann statt, nachdem hochpolitische Debatten bei dem Etat des Ministeriums stattgefunden haben. (Sehr richtig!) Die preußische Medizinalverwaltung hat aber einen außerordentlich hohen Wert; sie ist maßgebend für die gesamte Gesundheitspflege des Deutschen Reichs, die eine Menge Fragen bei dem Etat der Medizinalverwaltung zu besprechen gibt, die im Interesse des gesamten Deutschen Reichs liegen. Zu diesen Fragen gehört auch die Frage des Krankenpflegepersonals, bei der wegen der verschiedenartigen Verhältnisse nur eine einzelstaatliche Lösung möglich zu sein scheint. Wenn Preußen in dieser Beziehung einmal im Deutschen Reiche vorangehen und sich nicht von anderen Bundesstaaten überholen lassen würde, so würde dies sicherlich von allen Seiten mit Freuden begrüßt werden. Die Einzelstaaten können auch, besonders Preußen, in der Beziehung sehr viel tun; aber es geschieht nicht einmal das, was von allen Parteien gefordert wird, auch wenn es die Staatsverwaltung gar nicht belastet. Im vorigen Jahre ist z. B. einstimmig eine Petition der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands der Regierung als Material überwiesen und gleichzeitig in der Kommission der Wunsch ausgesprochen, daß endlich der Petition Folge gegeben würde. Es waren diesen Krankenpflegepersonen auf einmal die Bahnfahrtpreisermäßigungen, die sonst denjenigen, die sich in Ausübung freier Liebestätigkeit der öffentlichen Krankenpflege widmen, gewährt wird, entzogen worden. Diese Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands hat für die Krankenpflege eine große Bedeutung gewonnen; sie gewährt namentlich Frauen der besseren Stände die Möglichkeit, sich dem Krankenpflegeberufe zu widmen, und leistet auch sehr viel Armenpflege. Die Schwestern sind verpflichtet, eine gewisse Anzahl Armenpflegen zu übernehmen; sie üben also eine Liebestätigkeit aus, wie sie ja auch die Kommission, der die Petition vorgelegen hat, überzeugt hat. Trotzdem hat man diesen Schwestern die Fahrpreisermäßigung entzogen, die die preußische Eisenbahnverwaltung sonst solchen Personen gewährt. Wird denn wirklich der Eisenbahnetat dadurch auch nur im entferntesten gestört, wenn man es diesen wenigen Frauen gestattet, für den halben Fahrpreis in der III. oder II. Klasse zu fahren? Kaum! Es ist so kleinlich, daß man es wirklich nicht machen sollte.

Dann weiter eine noch ernstere Frage, die des Koalitionsrechts der Krankenpflegepersonen. Früher waren solche wirtschaftlichen Verbände wohl nicht notwendig; jetzt gibt es aber eigentlich keinen Stand, der ohne einen wirtschaftlichen Verband bestehen kann. Trotzdem hat man es auch den Krankenpflegepersonen verboten, sich zu koalisieren und zwar zuerst in Ostpreußen. Der dortige Landeshauptmann hat z. B. den Krankenpflegern einer Anstalt den Eintritt in einen Verband verboten. Als nun die Krankenpfleger sich bei dem Herrn Oberpräsidenten beschwerten, hat dieser sie mit dem Bescheide abgewiesen, es handle sich gar nicht um ein Verbot des Landeshauptmanns, sondern nur um einen Wunsch dieses Herrn, aber in diesem Wunschzettel war ausgesprochen, daß, wer ihn nicht befolge, wer dem Verbande, um dem es sich handele, oder auch einem anderen Verbande beitrete, nicht angestellt werde, und falls er auf Lebenszeit schon angestellt sei, alle die Vergünstigungen verliere, die sonst Krankenpflegepersonen dieser Anstalt haben. Das ist doch ein Eingriff in die Koalitionsfreiheit, den wir nicht dulden dürfen. Wir müssen die Krankenpflegepersonen in der Beziehung schützen. Man beschäftigt sich mit der Besserung der Lage der Krankenpflegepersonen jetzt seit ungefähr anderthalb Jahrzehnten. Redner selbst hat im Jahre 1902 dem

preußischen Ministerium ein Gutachten darüber erstattet; bisher ist aber noch nichts erfolgt. Da muß man doch sagen, daß anscheinend Regierung, Parlamente und diejenigen Sozialpolitiker, die sich mit der Sache beschäftigen, zu schwach sind, um etwas vorwärts zu bringen, und daß es daher nur mit Freude begrüßt werden kann, wenn die Krankenpflegepersonen sich auf sich selbst besinnen, wenn sie sich verbinden, um auf diese Weise das zu erreichen, was auch wir wollen, was auch wir für notwendig erachten. Noch heute gibt es z. B. in der Irrenpflege Arbeitszeiten von 18 und 19 Stunden, noch immer sind in vielen Irrenanstalten die Pfleger gezwungen, ihr Mittagbrot mit den Kranken zusammen einzunehmen, noch immer sind vielfach die Erwerbs- und Lohnverhältnisse, die Ernährungsverhältnisse dieser Personen, die eine so große Verantwortlichkeit haben, spottschlechte; da wird man zugeben müssen, daß hier auch im öffentlichen Interesse eine Aenderung eintreten muß.

Allerdings darf man bei der Forderung nach einer Aufbesserung der Gehaltsverhältnisse des Krankenpflegepersonals niemals den Gesichtspunkt außer acht lassen, daß schließlich alles, was im Krankenhause ausgegeben wird — für Krankenpflegepersonen und Aerzte —, am Ende aller Enden sich im Preis der Betten im Krankenhause ausdrückt, und wir müssen zugeben, daß die **Baukosten** unserer **Krankenhäuser** mächtig hoch geworden sind. (Sehr wahr!) Deshalb ist es mit großer Freude zu begrüßen, daß in einem Erlaß des Herrn Ministers des Innern an die Regierungspräsidenten und die nachgeordneten Behörden diese angewiesen werden, nach Möglichkeit darauf zu dringen, daß mit dem Bau zu luxuriöser Krankenhäuser endlich einmal Halt gemacht werde. (Allgemeine Zustimmung.) Es ist gegenwärtig fast ein öffentlicher Unfug zu nennen, daß wir Krankenhäuser bauen, die so teuer werden, daß z. B. bei einem Krankenhause in der Nähe von Berlin ein Bett nicht weniger als 12000 M. kostet, (hört, hört!) während man früher ein Krankenhaus nach einem Bettpreise von ungefähr 3000, 4000 oder höchstens 5000 M. kalkulierte. Gewiß sollen die Krankenhäuser nicht etwa Anstalten sein, die wie Kasernen aussehen, sondern Anstalten, in denen sich die Kranken wohl fühlen; sie müssen daher auch einen gewissen Luxus haben, weil sonst das Gefühl des Wohlbehagens bei den Kranken nicht ausgelöst wird. Aber die Krankenhäuser sollen nicht einen übermäßigen Luxus aufweisen. Sie sind nicht Anstalten, die zeigen sollen, wie genial ein Baumeister zu bauen versteht, sondern sie sollen in allererster Linie gut eingerichtete, bequeme Anstalten zur Unterbringung von Kranken sein. (Sehr richtig!) Dieses Ziel wird aber vielfach heute verkannt. Es ist auch nicht notwendig, daß alle Krankenhäuser mit all dem teuren Rüstzeug ausgerüstet sind, das die Medizin heute nun einmal anwendet. Es ist sogar in gewisser Beziehung gar kein Vorteil, daß die Aerzte und auch das Krankenpflegepersonal immer Hilfsmittel zur Verfügung haben, die sie im gewöhnlichen Leben niemals haben können. (Sehr richtig!) Aus diesem Grunde ist es Redner auch sehr fraglich, ob das praktische Jahr, das unsere Medizinalpraktikanten in solchen Krankenhäuser abdienen, einen sehr großen Wert für die Praxis haben wird, weil sie dann hier sehr viele Hilfsmittel nicht zur Verfügung haben, die ihnen im Krankenhause zur Verfügung standen. Die Frage hat jetzt eine weit größere Bedeutung als früher; denn durch die Reichsversicherungsordnung ist die landwirtschaftliche Bevölkerung reichsgesetzlich in die Krankenversicherung einbezogen, und es läßt sich anderseits nicht leugnen, daß die Zahl der Krankheiten, die zweckmäßiger in Krankenhäusern als in der Wohnung behandelt werden, von Jahr zu Jahr wächst. (Sehr wahr!) Das mag für die einzelnen Aerzte unangenehm sein, aber die Tatsache ist nicht aus der Welt zu schaffen. Es ist daher gar keine Frage, daß es sehr notwendig ist, auf dem Lande mit dem Bau von kleinen, gut eingerichteten Krankenhäusern vorzugehen, d. h. von Krankenhäusern, die so eingerichtet werden müssen, daß die Landärzte in der Lage sind, sie zu gebrauchen, um dort ihre Operationen auszuführen. Man soll nicht vergessen, daß gerade unsere Landärzte für die öffentliche Gesundheitspflege von der allergrößten Bedeutung sind, (sehr richtig!), unter den schwierigsten Umständen eigentlich Hervorragendes leisten und unter ihnen, die in jedem Moment ihres Berufes auf sich selbst angewiesen und gezwungen sind, im Augenblick zu handeln, eine große Reihe von Aerzten ist, die chirurgisch und in anderen medizinischen Spezialitäten vollkommen auf der Höhe stehen (sehr wahr) und infolgedessen gerade für die landwirtschaftliche Krankenversicherung Ersparnisse

erzielen könnten, wenn sie in den Besitz von solchen gut eingerichteten kleinen Krankenhäusern kämen. Diese kleinen Krankenhäuser werden auch ein ständiges Krankenpflegepersonal haben müssen, schon um den Wirtschafts- und Geschäftsbetrieb des Krankenhauses in Gang zu halten. Das werden zum großen Teil nicht Mitglieder religiöser Orden sein, sondern Personen, die aus dem Krankenberuf ihren Erwerb machen. Wenn es auch wünschenswert ist, daß Personen der besseren Stände sich der Krankenpflege widmen, so würde es doch ganz falsch sein, die Krankenpflegepersonen sich einzig und allein aus diesen höheren Ständen rekrutieren zu lassen. Wir brauchen unter den Krankenpflegepersonen auch Personen aus den Handwerker- oder Arbeiterfamilien; diese werden in vielen Fällen sogar in der Krankenpflege mehr am Platze sein als die anderen. Bei diesen kleinen Krankenhäusern werden Krankenpflegepersonen ständig angestellt werden müssen; die Stellung dieser Personen muß aber auf das allerbeste geordnet sein, soll nicht der Betrieb dieser kleinen Krankenhäuser Schaden erleiden. Jedenfalls ist unter den Aufgaben der Medizinalverwaltung die Ordnung der Krankenpflege eine der wichtigsten; auch bei ihr handelt es sich um die Förderung der Gesundheit unseres ganzen Volkes. (Bravo!)

Ministerialdirektor Prof. Dr. **Kirchner:** Der Herr Vorredner hat die Frage angeschnitten, inwieweit es möglich war, den **Krankenpflegepersonen** größere Verkehrserleichterungen zuteil werden zu lassen, als es gegenwärtig der Fall ist. Die Frage ist bereits seit einiger Zeit Gegenstand der Verhandlungen zwischen dem Herrn Minister des Innern und dem Herrn Minister der öffentlichen Arbeiten gewesen. Die Schwierigkeiten liegen zum Teil darin, daß nachgewiesenermaßen diese Vergünstigungen in einer Anzahl von Fällen mißbraucht worden sind. Es kommt hinzu, daß, wenn einem bestimmten Stande größere Fahrtermäßigungen zu teil werden, dies Anlaß zu Berufungen geben kann. Die Verhandlungen haben aber ergeben, daß im Ministerium der öffentlichen Arbeiten Geneigtheit besteht, den Wünschen der Krankenpflegepersonen in gewissem Umfange entgegenzukommen.

Was den zweiten Punkt betrifft, den der H. Abg. Mugdan berührt hat, die teilweise zu hohen Kosten der **Krankenhäuser** und den noch vorhandenen Mangel von Krankenanstalten auf dem flachen Lande, so darf ich doch hervorheben, daß nach den darüber angestellten Erhebungen in den letzten Jahren eine sehr große Anzahl von Krankenhäusern überall gebaut worden ist; namentlich kann ich das aus eigener Anschauung auch für den Osten unseres Vaterlandes feststellen. Dort findet man jetzt vielfach kleinere städtische oder Kreiskrankenhäuser, die ihren Aufgaben ausgezeichnet entsprechen und wesentlich zur Hebung der Gesundheitsverhältnisse beitragen. — Daß die Krankenhäuser nicht so luxuriös gebaut werden sollten, wie es der Vorredner mit Recht gerügt hat, ist gegenwärtig die communis opinio aller auf dem Gebiete der Krankenhaushygiene erfahrenen Männer. Es hat sich sogar ein bestimmter Typ für das Krankenhaus kleiner Städte herausgebildet. Der Herr Minister hat noch in jüngster Zeit in einem sehr eingehenden Erlaß darauf hingewiesen, daß die Krankenhäuser vor allen Dingen hygienisch und so gebaut werden sollen, daß die Krankenpflege in ihnen zu ihrem Rechte kommt. Er hat aber auch mit Nachdruck betont, daß man bei den Krankenhausbauten, unbeschadet der Krankenpflege und der Krankenhaushygiene ernstlich bestrebt sein sollte, jeden überflüssigen Luxus zu vermeiden; denn nur so werden mit den zur Verfügung stehenden Mitteln wirklich so viele Betten bereitgestellt werden können, als zur Unterbringung und Verpflegung der Kranken notwendig ist. Billige, aber gute Krankenhausbauten ermöglichen auch die Gewährung billiger Verpflegungssätze und tragen daher mit dazu bei, daß die Bevölkerung die Krankenhäuser gern aufsucht. Ich glaube daher, sagen zu dürfen, wir befinden uns auf dem richtigen Wege. Es ist nun vielfach behauptet worden, daß gerade die Medizinalbeamten zu hohe Anforderungen an Krankenhausbauten stellen. Allein das ist nicht der Fall; im Gegenteil! Fast bei jedem Krankenhausprojekt, das unseren Medizinalbeamten zur Begutachtung vorgelegt wird, können diese feststellen, daß es die Baumeister, häufig auch die Stadtverwaltungen sind, die in dem begreiflichen Streben, ein möglichst glänzendes Gebäude herzustellen, die Steigerung des Baupreises veranlassen, während wir Wert darauf legen, daß das Krankenhaus nach Anlage und Einrichtung seinen Zwecken entspricht, dagegen auf Luxus im

Bau und Einrichtung gern verzichten. Ich glaube, daß diese Auffassung die Neigung der Kommunen, Krankenhäuser zu errichten, erhöhen wird, ohne daß das Wohl der Kranken dabei zu kurz kommt.

Abg. **v. Wenden** (kons.): Eine durchgreifende Abhilfe der Mißstände in bezug auf die **Tracht der Diakonissen** usw. wird allerdings erst durch Aenderung der einschlägigen Bestimmungen des Strafgesetzbuchs erreicht werden. Da die Aenderung des Strafgesetzbuchs aber noch 5—7 Jahre auf sich warten lassen wird, sollten doch in der Zwischenzeit die Polizeiverwaltungen wenigstens mit Anweisungen versehen werden, daß sie diesen Mißständen mit aller Energie und allem Ernst zu Leibe gehen.

Minister des Innern **v. Dallwitz**: Es ist ganz selbstverständlich, daß mit allen polizeilichen Mitteln gegen alle diese Dinge vorgegangen wird, soweit das zulässig ist. Ich habe auch nur sagen wollen, daß sich ein voll wirksamer Schutz nur im Wege einer Ergänzung des Strafgesetzbuches wird ermöglichen lassen. Daß aber inzwischen alles geschieht, was geschehen kann, das kann ich zusichern.

Abg. Dr. **Kaufmann** (Zentr.) bittet dringend, daß der im Entwurf des Strafgesetzbuches vorgesehene Schutz nicht nur auf die Krankenpflegepersonen beschränkt, sondern auf die Ordenstracht im allgemeinen ausgedehnt wird. Betreffs der zahlreichen Anregungen des Abg. Dr. Mugdan bezüglich der **Krankenpflegerinnen** sei seine Partei gern bereit, den tatsächlichen Notständen abzuhelfen. Auch seinen Ausführungen bezüglich des Baues und die Einrichtung von **Krankenhäusern** könne er im wesentlichen zustimmen. (Sehr richtig!) Zum Schluß bittet Redner noch, daß bei der Ausstattung und dem Bau solcher Krankenhäuser die Dispensbefugnisse der Verwaltungsbehörden nicht beschränkt werden; das liege nicht im Interesse der kleinen Gemeinden, die auch ein Krankenhaus wünschen. (Bravo! im Zentrum.)

Die drei Anträge werden hierauf einstimmig der durch 7 Mitglieder zu verstärkenden Gemeindekommission überwiesen.

Abg. **v. Pappenheim** (kons.): Unsere großen **Krankenhäuser** haben einen erfreulichen Aufschwung genommen und sich immer großartiger entwickelt; infolgedessen sind auch die bisherigen Vorurteile des Publikums in ständiger Abnahme begriffen. Selbst der wohlhabendste Privatmann ist ja auch nicht in der Lage, sich im eigenen Heim die Wohltaten zu schaffen, die ihm ein gut eingerichtetes Krankenhaus oder Sanatorium bieten. Tatsächlich genügen unsere Krankenhäuser den weitestgehenden Ansprüchen aller Bevölkerungsschichten. Man muß besonders anerkennen, daß die großen Kommunalverwaltungen mit vielen Millionen Krankenanstalten geschaffen haben, die allen modernen und hygienischen Anforderungen entsprechen. Der Abg. Mugdan fordert aber mit Recht, daß wir jetzt, nachdem der Bedarf an großen Krankenhäusern mehr oder weniger gedeckt ist, auch daran denken müssen, den durch die soziale Gesetzgebung in erster Linie hervorgerufenen Bedarf an kleinen Krankenhäusern zu decken. Diese Krankenhäuser müssen unmittelbar den Lebensgewohnheiten, der Existenzbedingungen der Bevölkerung, für die sie gebaut sind, angepaßt werden; deshalb sollte mit dem Fortschreiten der Krankenversicherung insbesondere auch diese Aufgabe ins Auge gefaßt und ihr die vollste Aufmerksamkeit geschenkt werden. Es handelt sich hier meist um Kreiskrankenhäuser, die besonders mit Rücksicht auf die landwirtschaftlichen Sektionen der Versicherungsanstalten nötig sind, um das Krankenmaterial beobachten zu können. Deshalb ist es auch dankend anzuerkennen, daß die Medizinalverwaltung die Kosten des Baues, der Einrichtung und der Unterhaltung solcher kleineren Krankenhäuser nicht durch zu weitgehende hygienische Anforderungen zu erschweren. Anders liegt dies bei den Privatkrankenanstalten, Sanatorien usw. Hier muß die Regierung im Bewußtsein ihrer Verantwortung bei den Konzessionsverfahren Garantien fordern und deshalb bestimmte Grundsätze für die Einrichtung usw. aufstellen, was am besten durch Polizeiverordnung geschieht. Für die Errichtung und Herstellung der öffentlichen Krankenanstalten haben aber solche Polizeiverordnungen, wie sie im Jahre 1911 von der Zentralinstanz im Gegensatz zu dem früheren Min.-Erlaß von 1895 sehr erhebliche Bedenken. Darin liegt ein wesentlicher Eingriff in die Selbstverwaltung, insbesondere der Provinzialverwaltungen. Bisher standen die Krankenhäuser in Preußen unter der Aufsicht des Ober-

präsidenten. Speziell wir im Westen haben — das hat sich historisch entwickelt — die Krankenhauseinrichtung aus hessischer Zeit übernommen und sie mit Liebe und Sorgfalt gepflegt. Das Vertrauen zu unseren öffentlichen Krankenanstalten ist durch die weisen Maßnahmen der Provinzialverwaltung wesentlich gefördert worden; es besteht bei uns kaum ein Vorurteil gegen die Krankenhausbehandlung wie in anderen Landesteilen. Rücksichtnahme auf unsere lokalen Verhältnisse, auf die Bedürfnisse unserer Bevölkerung und auf die Wünsche, vielleicht auch einmal auf vorgefaßte Ansichten der Bevölkerung, ist notwendig. Dies ist auch geschehen. Trotzdem entsprechen unsere Krankenhäuser allen selbst weitergehenden hygienischen Anforderungen; auch die Staatsregierung hat durch eingehende Besichtigungen festgestellt, daß dies der Fall ist. Was hat denn nun die Veranlassung gegeben, den Ministerialerlaß von 1895 zu verlassen und zu dem rigorosen Schritt der Polizeiverordnungen überzugehen? Dazu lag für die öffentlichen Krankenhäuser gar kein Bedürfnis vor; es genügte für diese wie bisher die Aufstellung bestimmter Grundsätze. Besonders bedenklich ist es aber, daß die öffentlichen Krankenhäuser der Provinzialverwaltung, die bisher unter der Aufsicht des Oberpräsidenten standen, in Zukunft vom Regierungspräsidenten abhängig sein sollen, also von der Behörde, die die Verantwortung für die Ausführung der polizeilichen Vorschriften hat und nicht nur in vielen Fällen Dispense zu erteilen hat, sondern auch in letzter Instanz entscheidet. An und für sich ist allerdings gegen die Form einer Polizeiverordnung nichts einzuwenden; es ist auch anzuerkennen, daß in den neuen Vorschriften die Anforderungen gegenüber den bisherigen herabgesetzt sind, aber es ist unzweckmäßig, derartige Vorschriften gleichsam für alle Regierungsbezirke, für Industriegebiete und für einfache ländliche Verhältnisse, für Irrenanstalten, Siechenansalten, Entbindungsantalten, Säuglingsanstalten zu treffen. Außerdem sollte eine unabhängige Behörde im Verwaltungsstreitverfahren als letzte Instanz entscheidend sein und nicht der Regierungspräsident, der dadurch zum letzten Richter in eigener Sache gemacht wird. Man darf auch die Anforderungen bei der Einrichtung von Krankenhäuser nicht überspannen. Bei angemessener Berücksichtigung der wirklichen Bedürfnisse läßt sich die Errichtung der Krankenhäuser viel billiger durchführen. Die Kreiskrankenhäuser müssen ja in ihren Zielen beschränkt sein; sie brauchen nicht mit dem ganzen Apparat eines modernen großen Krankenhauses ausgestattet zu sein, denn bei den heutigen Verkehrsverhältnissen können Kranke, bei deren Behandlung die großen Hilfsmittel der Neuzeit, Radium und Mesothorium usw., nötig sind, in den Krankenanstalten übergeführt werden. Man kann aber auch allen hygienischen und architektonischen Anforderungen entsprechende Krankenanstalten mit nicht zu hohen Kosten herstellen. Bei einem in Cassel errichteten großen, modern und im Pavillonsystem erbauten Krankenhaus hat z. B. das Bett nur 3860 M., bei kleineren Krankenhäusern im Reg.-Bez. Kassel nur 3300—3600 M. gekostet. Das sind Ergebnisse der hessischen Kommunalverwaltung, die sich sehen lassen können und auf die wir stolz sind. Dabei legen wir Wert darauf, nur das beste Material zu verwenden; denn die Erfahrungen haben gezeigt, daß es sich beim Bau von solchen Anstalten nicht empfiehlt, billiges Material zu verwenden, sondern das Beste ist das Billigste. So ist die Kombination von Massiv- und Holzbau sehr zweckmäßig. Jeder Kreis sollte sein eigenes kleines Krankenhaus haben; diese kleineren Krankenhäuser sollen die großen Krankenhäuser ergänzen, die wesentlich teurer arbeiten und viel mehr Geld kosten. Deshalb müssen aber auch die hygienischen Anforderungen an die kleinen Krankenhäuser sowie ihre Ziele beschränkt werden, was durchaus angängig ist, sobald eben in den großen Städten und Industriezentren mit allen Hilfsmitteln ausgestattete Krankenanstalten vorhanden sind. Die kleinen Krankenhäuser müssen eben die großen ergänzen und umgekehrt; in dieser gegenseitigen Ergänzung liegt auch die richtigste Verwaltungsmaßregel (sehr richtig!). Ob man bei den errsteren auch stets Isolierräume fordern soll, muß von Fall zu Fall geprüft werden; ist es nicht möglich, dann soll man die Sache nicht daran scheitern lassen, denn das Bessere ist des Guten Freund.

Zum Schluß kommt Redner noch mit einigen Worten auf die Frage des **Krankenpflegepersonales** und betont zunächst, daß er sowohl unter den berufsmäßigen, als unter dem charitativen Pflegepersonal ausgezeichnetes Material gefunden hat. Lediglich mit dem charitativen Personal speziell in Irren-, Heil- und Pflegeanstalten auszukommen, ist nicht möglich; denn ab-

gesehen davon, daß es an solchen Pflegepersonen überhaupt fehlt, muß doch auch das Pflegepersonal in solchen Anstalten aus einem andern Holz geschnitzt sein und insbesondere mehr Widerstandskraft besitzen. Es bleiben aber für beide Gruppen des Krankenpflegepersonals genug Aufgaben, für die charitativen Schwestern besonders die Krankenhausbehandlung; ihren herrlichen nichtgewerblichen Beruf sollten aus allen Ständen der Bevölkerung möglichst viele zugeführt werden, gehört er doch zu den schönsten Aufgaben der Frau. (Lebhafter Beifall!) Die Liebe, die nicht das Ihre sucht, die nur geben will, ist von einem so unbezahlbaren Wert, und in ihrer Erwartung auf die Kranken von einer Bedeutung, die sich gar nicht in Worten aussprechen läßt. (Sehr richtig!) Gerade darin liegt die große Bedeutung der charitativen Pflege für die Erfüllung ihrer Aufgaben und der große Segen, den sie bringt. Hierbei macht es auch keinen Unterschied, aus welchen sozialen Schichten sich die Genossenschaften rekrutieren. Die geringste Bauernmagd kann ihre Aufgabe ebenso gerecht werden wie die hochgebildete Frau aus den ersten Ständen. Gerade in der Zusammenarbeit aller Stände auf diesem Gebiete liegt der Segen ihrer Tätigkeit. Deshalb sollten wir aber nicht nur alles tun, um den Krankenflegepersonen den Weg zu ihrem segensreichen Beruf möglichst zu erleichtern, sondern auch alle Maßregeln zur Sicherung ihrer Stellung und vor allem nur persönlichen Achtung vor ihnen treffen; denn gerade darin liegt wieder die Grundlage ihres segensreichen Wirkens und ihrer großen Verdienste für die leidende Menschheit. (Lebhafter Beifall!)

Abg. Frhr. v. **Steinaecker** (Zentr.): Die **Frage des Geburtenrückgangs** ist eine Frage, die jeden Menschen mit größter Bekümmernis wegen ihrer Ursachen und wegen ihrer Wirkungen erfüllen muß. Ist denn eigentlich unser Vaterland, unser Volk schon auf dem absteigenden Ast seines Lebenslaufes angekommen? Wie soll das enden mit unserer Wehrkraft bei den immer steigenden Ansprüchen an diese; wie soll das enden mit den nationalen Aufgaben, mit den Arbeitskräften, die die Nation haben muß, um ihre Aufgaben in dem stets stärker werdenden Wettbewerb der Völker zu erfüllen? Die Geburtenzahl ist im Deutschen Reich von 40,7 im Jahre 1880 auf 29,5 im Jahre 1911 gesunken und in Berlin von 46 auf 20,6. Das gibt doch zu denken! Anderseits hat in einem Kreise mit einer sehr christlichen und kirchentreuen Bevölkerung in Münster die Zahl der Geburten zugenommen. Wenn der Geburtenrückgang die Folge vollständiger Enthaltsamkeit auf sexuellem Gebiet oder die Zeugungsfähigkeit, die Geburtenmöglichkeit zurückgegangen, der Volkskörper gealtert wäre, dann müßte man allerdings sagen, daß das deutsche Volk wert ist, unterzugehen. Die eigentlichen Gründe des Geburtenrückganges liegen aber ganz wo anders. Das sind die unheilvollen Einflüsse von außen: eine nichtsnutzige Literatur, frivole Schaustellungen, Alkohol und was alles sonst an unsere Jugend herantritt und in ihr die Gier nach sexuellen Genüssen vergrößert. Wer aber diese unerlaubten sexuellen Genüsse haben will, der will nicht die von der Natur gewollten Folgen, der will das Kind nicht; der Schrei nach dem Kinde ist hier nicht vorhanden. Es ist im Grunde also die zunehmende Sittenlosigkeit in unserem Volke, die den Geburtenrückgang verschuldet. Dazu kommt, daß die Zeugungsfähigkeit infolge der immer weitere Kreise, besonders unsere Jugend, ergreifenden geschlechtlichen Erkrankungen ständig abnimmt. Die Ansicht, daß die freiwillige Kinderbeschränkung, die besonders in den oberen Klassen der Bevölkerung üblich ist, die Folge eines gesteigerten Pflicht- und Verantwortlichkeitsgefühl gegenüber dem Nachwuchs sei, ist völlig unrichtig; sie beweist im Gegenteil, daß das Verantwortlichkeitsgefühl der Natur wie der Nation und der Allgemeinheit gegenüber gesunken ist. Mit Recht sagt Prof. Schmoller über die Schattenseiten des Präventivverkehrs: „Er erleichtert jede Art von geschlechtlicher Unsittlichkeit und fördert den Egoismus, die Bequemlichkeit, die Genußsucht der Eltern, er vermindert leicht jene höchste Elterntugend, die erschöpfende Aufopferung für die Kinder, sowie die größte Anstrengung der Nation für ihre Zukunft. Im allgemeinen ist es nur der Weg, den alternde und absterbende Rassen, Völker und Klassen betreten; die jugendlich kräftigen und aufwärtssteigenden vermeiden in der Hauptsache noch mit Recht das Zweikinderssytem, weil sie noch an ihre eigene Ausbreitungsfähigkeit nach außen und an ihre Verdichtung im Innern glauben."

In dem notwendigen Kampfe gegen die Unsittlichkeit helfen aber nicht allein moralische Mittel, sondern es müssen auch polizeiliche und strafrechtliche zur Anwendung kommen. Redner bittet deshalb den Minister, dafür zu sorgen, daß bei der im Gang befindlichen Revision des Strafgesetzbuches bei der Bestimmung über die Abtreibung der Leibesfrucht ein Paragraph mit dem Verbot der öffentlichen Ankündigung von Präventivmitteln eingeschaltet wird und inzwischen schon jetzt der im Reichstage von allen Parteien eingebrachten Gesetzentwurf betr. das Verbot des Verkehrs mit Gegenständen, die zur Beseitigung der Schwangerschaft und zur Verhütung der Empfängnis bestimmt sind, recht bald Gesetz wird. Das hier verlangte Verbot ist nicht, wie z. B. von sozialdemokratischer Seite behauptet ist, aus Sittenflexerei veranlaßt, sondern lediglich zum Schutze unseres Volkes. Welche Bedeutung gerade für den Bevölkerungsrückgang eine solche Beschränkung des Verkehrs mit antikonzeptionellen und Abortiv-Mittel hat, zeigt die Tatsache, daß bei einer Krankenkasse in Kiel, die 2400 Mitglieder hat, unter den Mitgliedern nur 50 regelrechte Geburten und 240 Fehlgeburten in den ersten Monaten vorgekommen sind. Die Sozialdemokratie hat hier allerdings einmal durch den Abg. Ströbel ausgesprochen, daß sie kein Freund der Geburtenbeschränkung sei, das sei Privatsache; in Wirklichkeit predigen jedoch ihre Anhänger in der ganzen Welt den Neumalthusianismus. Nach einem Bericht des Kreisarztes Dr. Rauch hat z. B. eine sozialdemokratische Wanderrednerin in ihrem Votrage ausgeführt: Die Frau ist Herr über ihren Leib, sie allein hat zu befinden, wieviel Kinder sie bekommt. Ihre Lebensaufgabe betrachtete die Rednerin darin, in der Versammlung Frauen und Mädchen über die Verhütung des Kindersegens aufzuklären, sie würde sich deshalb freuen, die Unterstützung der Versammlung hierbei zu finden. Dabei wurden nach Bericht des Kreisarztes Lichtbilder und Gebrauch der Antikonzeptionsmittel vorgeführt. Eine solche Frau ist eigentlich gefährlicher als ein wildes Tier, das auf die menschliche Gesellschaft losgelassen wird; denn sie verachtet alle sittlichen Grundlagen ihrer Genossinnen. Leider hat die Sozialdemokratie auch noch einen Bundesgenossen in der Gesellschaft für Bekämpfung der Uebervölkerung Deutschlands gefunden, die auf ihrem vierten Kongreß in Dresden 1911 eine Resolution gefaßt hat, in der die Regierungen aller Länder aufgefordert werden, mitzuwirken, daß die Geburtenziffer bei den ärmeren Klassen sich verringere. Redner faßt seine Ausführungen am Schluß nochmals zusammen zu der Bitte um recht energischer Unterstützung durch den Minister des Innern, der dadurch des Dankes aller Wohlgesinnten sicher sein werde. Das deutsche Volk möge lieber unter den Schlägen übermächtiger Feinde seine Waffen zerspittern und auf diese Weise vernichtet werden, als wenn die Geschichte schreiben müßte: das deutsche Volk ging langsam an einem krebsartigen Geschwür zu grunde; es hat sich den Stempel der Selbstverschuldung und Selbstbefleckung aufgedrückt. (Lebhafter Beifall im Zentrum.)

Minister des Innern **v. Dallwitz:** Die Ansichten über die Ursachen des **Geburtenrückganges** sind recht weit auseinandergegangen. In neuerer Zeit — und das stimmt mit den mir auf meine Aufforderung erstatteten Berichten der Provinzialbehörden überein — kann aber kein Zweifel mehr darüber obwalten, daß der Geburtenrückgang in der Hauptsache ein gewollter ist. Vereinzelt ist er wohl zurückzuführen auf wirtschaftliche Erwägungen, die seitens der Eltern im Interesse der Kinder angestellt werden, wie das leider bei steigendem allgemeinen Wohlstande durch einen höheren Kulturstand ja häufiger bedingt ist, in der Regel aber auf Bequemlichkeit, auf die Unlust, die mit dem Aufziehen der Kinder verbundenen Unzuträglichkeiten und Unbequemlichkeiten auf sich zu nehmen, sodann auf Genußsucht und endlich auf die Agitation, die in gewissen Kreisen sehr lebhaft zugunsten der Einschränkung der Geburten betrieben wird. Das sind die Hauptmomente, die zum Rückgang der Geburten geführt haben und denen nicht allein auf polizeilichem Wege, sondern auch und in weit höherem Maße durch andere Mittel entgegenzutreten dringend geboten erscheint. Was auf polizeilichem Wege geschehen kann, soll unserseits versucht werden und ist auch teilweise bereits versucht worden. Diese Zusicherung kann ich dem Herrn Abg. Frhr. v. Steinaecker erteilen. Auf mein Ersuchen hat der Herr Justizminister Anweisungen an die Staatsanwaltschaft erlassen, welche dahin zielen, die Anpreisung und den unerlaubten Vertrieb empfängnisverhütender Mittel zu überwachen und ihm, soweit die

gesetzlichen Bestimmungen, die zur Zeit leider noch nicht in ausreichendem Maße bestehen, es gestatten, tunlichst entgegenzutreten. Es sind auch Anweisungen an die Standesämter ergangen, die eine Einschränkung gewisser Veröffentlichung zum Zweck haben, die ihrerseits den Anpreisern solcher Mittel die Möglichkeit gaben, in ungenierter Weise Adressen für die Zusendung ihrer Angebote zu erlangen. Endlich liegt ja, wie den Herren bekannt ist, dem Reichstag ein Gesetzentwurf auf Abänderung der §§ 56 und 56c der Reichsgewerbeordnung vor, wonach der Vertrieb und die Anpreisung von Haus zu Haus im Umherziehen verboten werden soll. Das ist eine außerordentlich zweckmäßige Maßnahme; denn die Agitation geschieht ganz überwiegend im Umherziehen von Haus zu Haus. Das ist der Krebsschaden, dem hauptsächlich entgegenzutreten sein wird. Mit Freuden habe ich auch die Resolution der XXII. Kommission des Reichstags begrüßt, die dahin geht, daß ein Gesetz erlassen werden soll, dessen § 1 folgenden Inhalt hat:

> Der Bundesrat kann den Verkehr mit Gegenständen, die zur Beseitigung der Schwangerschaft bestimmt sind, beschränken oder untersagen. Das Gleiche gilt bezüglich der zur Verhütung der Empfängnis bestimmten Gegenstände, insoweit als nicht die Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse des gesundheitlichen Schutzes entgegenstehen u. s. f.

Ich habe diesen Entwurf mit Freude begrüßt und werde auch im Staatsministerium für ihn eintreten. Ich zweifle auch nicht, daß jedenfalls im wesentlichen gegen solche Bestimmungen seitens der preußischen Staatsregierung Bedenken nicht geltend zu machen sein werden. (Bravo!) Das sehr umfangreiche Material, das auf Grund der von mir eingeforderten Berichte jetzt im Ministerium des Innern vorliegt, ist bereits gesichtet worden und wird nach Ablauf von 5 oder 6 Wochen in Form einer eingehenden, umfangreichen Denkschrift der Oeffentlichkeit übergeben werden können. Es besteht die Absicht, diese Denkschrift und das ihr zugrunde liegende Material einer Kommission von Sachverständigen zu überweisen. Wir hoffen, daß die anderen interessierten Ressorts sich dabei beteiligen werden, und daß dann vielleicht aus dieser Kommission heraus noch Anregungen erwachsen, wie, abgesehen von den gesetzlichen Vorschriften und von den jetzt schon getroffenen polizeilichen Maßnahmen, in Zukunft noch weiter der Anpreisung und dem Vertrieb von empfängnisverhütenden Mitteln wird entgegengetreten werden kann.

Der H. Abg. v. Pappenheim hat sich dagegen gewendet, daß die allgemeinen **Vorschriften über den Bau und die Einrichtung von Krankenhäusern,** soweit es sich um öffentliche Anstalten handelt, in die Form einer Polizeiverordnung gekleidet worden sind, deren Erlaß den einzelnen Oberpräsidenten anheimgegeben worden ist. Er ist von der Ansicht ausgegangen, daß der Erlaß vom Juni 1911, der diese Anregung enthält, ein völliges Novum schafft, daß früher solche Polizeiverordnungen nicht bestanden hätten, und daß es sich namentlich empfehle, für öffentliche Anstalten im Wege eines Ministerialerlasses nur allgemeine Direktiven an die nachgeordneten Behörden zu geben, die dann im Einzelfalle von ihnen zur Geltung gebracht werden sollen. Das trifft nicht zu. Im Jahre 1895 ist der erste allgemeine Erlaß über Bau und Einrichtung solcher Krankenhäuser ergangen, und schon in diesem Erlaß ist die Anregung gegeben, die allgemeine Regelung der an öffentliche Krankenhäuser zu stellenden Anforderungen in die Form von Polizeiverordnungen zu kleiden. Seit dem Jahre 1895 sind denn auch tatsächlich mit Ausnahme von zwei Provinzen in allen Provinzen der Monarchie solche Polizeiverordnungen ergangen. Der Erlaß vom Jahre 1911 schafft mithin nichts Neues, sondern knüpft nur an das Bestehende an, und zwar in modifizierender Weise. Es sind auch inhaltlich gegen die neu empfohlene Polizeiverordnung wesentliche Bedenken nicht geltend zu machen, da sie nach manchen Richtungen eine Abschwächung gegenüber den Bestimmungen des Erlasses vom Jahre 1895 enthält. In der überwiegenden Mehrzahl der Provinzen hat man nun ohne weiteres die durch den Erlaß von 1911 angeregten Polizeiverordnungen erlassen, allerdings mit gewissen den provinziellen Eigentümlichkeiten Rechnung tragenden Modifikationen; der Berücksichtigung solcher Eigentümlichkeiten ist seitens der Zentralinstanz auch keinerlei Schwierigkeit bereitet worden, sondern, sobald der Provinzialrat den Wunsch geäußert hat, von dem Muster der Polizeiverordnung abzuweichen, so ist, soweit

nicht prinzipielle Bedenken entgegenstanden, diesem Wunsche Rechnung getragen worden. Es ist hiernach nicht ganz zutreffend, daß eine wörtlich gleichlautende Polizeiverordnung für alle Provinzen erlassen worden ist, sondern diese einzelnen Polizeiverordnungen enthalten zwar im wesentlichen gleichlautende Bestimmungen, tragen aber den örtlichen Verschiedenheiten der Provinz Rechnung. Diese Polizeiverordnungen gelten aber nicht für private Krankenhäuser, sondern nur für die öffentlichen Krankenhäuser der kommunalen Verbände, denn nach der Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts darf eine allgemeine Regelung der Anforderungen, die an die privaten Krankenanstalten gestellt werden, nicht im Wege der Polizeiverordnung erfolgen darf. Dieser Weg ist jedoch den öffentlichen Anstalten gegenüber zulässig und auch allein möglich. Ihnen gegenüber würde eine derartige Regelung im Wege der Anweisung nicht erfolgen können, weil es dann an irgendwelchen Mitteln fehlen würde, die Durchführung der Anweisung den Kommunalverbänden gegenüber zu sichern. Dafür reichen die Mittel der allgemeinen Kommunalaufsicht nicht aus. Es würde in Ermangelung einer Polizeiverordnung ja wohl die Möglichkeit bestehen, allgemeine Weisungen zu erlassen, aber es würde, wenn sie nicht freiwillig befolgt werden, lediglich übrig bleiben, im einzelnen Fall durch eine polizeiliche Verfügung das im gesundheitspolizeilichen Interesse Erforderliche anzuordnen, was unter Umständen derartigen größeren Verbänden gegenüber weniger angenehm und weniger zweckmäßig sein würde, als wenn durch eine Polizeiverordnung ein für alle Mal feste Normen festgelegt sind, durch die auch die Willkür der örtlichen Polizeistellen eingeschränkt ist. Die Polizeiverordnung hat nämlich auch das Gute, das sie nach obenhin in bezug auf die zu stellenden Anforderungen Grenzen setzt. Die Polizeibehörden sind daher nicht in der Lage, weitergehende Anforderungen zu stellen, als sie durch die Polizeiverordnung vorgesehen sind, während sie daran nicht gehindert sein würden, wenn lediglich allgemeine Direktiven erteilt wären, im einzelnen Falle diejenigen weitergehenden Anforderungen, die sie auf Grund besonderer Verhältnisse für notwendig halten, ihrerseits zu verlangen. Es ist also nicht zutreffend, daß die Provinzen und kleineren Kommunen durch den Erlaß derartiger Polizeiverordnungen in eine weniger günstige Lage versetzt würden, als es der Fall wäre, wenn lediglich allgemeine Weisungen an die Polizeibehörden ergangen wären. Umgekehrt aber kann nach der Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts eine Polizeiverordnung rechtsgültig für private Krankenhäuser nicht erlassen werden, weil diese einer Konzession nach § 30 der Reichsgewerbeordnung bedürfen, für das Konzessionsverfahren aber nach § 115 Abs. 3 des Zuständigkeitsgesetzes nur allgemeine Anordnungen der Medizinalaufsichtsbehörden maßgebend sind. — Der H. Abg. v. Pappenheim hat auch beanstandet, daß die Provinzen unter die Aufsicht der Regierungspräsidenten infolge dieser Polizeiverordnung gekommen seien. Das trifft im allgemeinen nicht zu, sondern die Dispensbefugnis ist für die Provinzialanstalten den Oberpräsidenten übertragen. In Hessen-Nassau liegt dies insofern anders, weil dort nicht ein Provinzialverband für die ganze Provinz besteht, sondern zwei gesonderte Kommunalverbände: der eine für Nassau, der andere für Hessen-Cassel. Hierin hat es seine Ursache, wenn dort die Dispensbefugnis vom Regierungspräsidenten ausgeübt wird. Zum Schluß bemerkt der Herr Minister noch, daß Erwägungen darüber bestehen, den allgemeinen Erlaß vom Jahre 1911 dadurch zu ergänzen, daß eine ganz allgemeine Dispensbefugnis für Erweiterungsbauten erteilt wird, weil anerkannt werden muß, daß die Fälle, in denen nach dem Erlaß vom Jahre 1911 Dispens erteilt werden kann, etwas zu eng gegriffen sind.

Abg. Dr. **Grund** (nat.-lib.) bringt verschiedene Klagen und Beschwerden vor, die in immer verstärktem Umfang von der Industrie, dem Groß- und Kleinhandeln über die Art und Weise erhoben werden, in der vielfach die **Nahrungsmittelkontrolle** von den Untersuchungsämtern in Verbindung mit den Polizeibehörden gehandhabt wird. Entsprechend dem Aufschwung der chemischen Wissenschaft in Deutschland hat auch die Nahrungsmittelchemie heute einen Hochstand erreicht, den man im Jahre 1879 bei Schaffung des Nahrungsmittelgesetzes kaum ahnen konnte und der eine wirksame und durchgreifende Nahrungsmittelkontrolle ermöglicht hat. Die segensreiche Ausmerzung von Fälschungen und Nachahmungen von Nahrungsmitteln aus Handel und Verkehr, die nicht nur für die Volksgesundheit und Ernährung, sondern auch für die

Bekämpfung der unlauteren Konkurrenz in der Nahrungsmittelindustrie von segensreicher Bedeutung ist, haben wir in erster Linie den Vorschriften der Nahrungsmittelchemie zu verdanken. Gleichwohl haben sich daneben verschiedene Mißstände bemerkbar gemacht, die eine tiefgehende Beunruhigung derselben Industrie hervorgerufen haben, wie sich aus einer vom Deutschen Handelstag veranlaßte Umfrage ergeben hat. Als schwerwiegender Uebelstand wird dauernd der Mangel an positiven Normen empfunden, d. h. von Festsetzungen darüber, welche Anforderungen an eine normale Ware zu stellen sind. Das Nahrungsmittelgesetz von 1879 enthält bekanntlich solche Bestimmungen nicht; Spezialgesetze sind nur für einzelne Lebensmittel wie Wein, Margarine, Butter ergangen. Der Bund der Nahrungsmittelfabrikanten und -händler einerseits und der Nahrungsmittelchemiker anderseits haben entsprechende Vereinbarungen getroffen, die aber nur private Bedeutung haben; der Rechtszutand ist daher heute so, daß die Fortdildung des materiellen Rechts im wesentlichen der Strafrechtsjudikatur überlassen ist (sehr richtig), ein Zustand, der für die Industrie und Handel natürlich sehr unangenehme Folgen hat und dadurch noch verschlimmert wird, daß bei den zahlreichen Prozessen die gewerblichen Sachverständigen nur wenig zu Worte kommen, sondern in erster Linie die Chemiker, auf deren Anzeige hin das Verfahren eingeleitet worden ist, als sachverständige Gutachter fungieren, also gewissermaßen Ankläger und Richter in einer Person spielen. Die Folge davon sind nicht selten Verurteilungen, die mit den berechtigten Anschauungen und Verkehrsgewohnheiten von Handel und Industrie im Widerspruch stehen. Aber auch im Falle der Freisprechung durch die Gerichte sind Schädigungen der Geschäftsleute und des Rufes ihrer Firma häufig unvermeidlich. Deshalb wird von der Industrie und Handel auf die sorgfältige und verständnisvolle Vorbereitung des Verfahren durch die Polizeibehörden der allergrößte Wert gelegt, damit die Erhebung von Anklagen, die sich später als unbegründet herausstellen, nach Möglichheit vermieden werde. Es wird verlangt, daß die Nahrungsmittelchemiker sich auf die chemische Analyse beschränken und bei Beanstandung einer Ware schon im Vorverfahren Sachverständige aus gewerblichen Kreisen und, wenn die Frage der Gesundheitsgefährlichkeit zu entscheiden ist, medizinische Sachverständige hinzugezogen werden sollen. Das soll jedoch nicht nur in den sogenannten zweifelhaften Fällen, wie dies in einem Erlaß von 1910 vorgeschrieben ist, sondern in allen Fällen geschehen, ein jedenfalls durchaus berechtigtes Verlangen. Auch die gefürchteten „Sprachreinigungsbestrebungen“ der Nahrungsmittelchemiker, d. h. die Beanstandungen der Bezeichnungen an Nahrungsmittel haben in den beteiligten Kreisen viel Mißstimmung hervorgerufen.

Redner bemängelt sodann den zu großen Umfang der Dienstbezirke der Nahrungsmitteluntersuchungsämter; ihre Leiter können infolgedessen nicht die die genügende persönliche Fühlung mit den Gewerbetreibenden des Bezirks haben, eine solche ist aber dringend erwünscht, denn der Nahrungsmittelchemiker soll dem Gewerbetreibenden nicht nur immer als der Engel mit dem Racheschwert erscheinen, sondern vielmehr belehrend und aufklärend von Mund zu Mund wirken, da gerade auf diesem Gebiete erheblich mehr aus Unkenntnis, als aus bösem Willen gefehlt wird (Sehr richtig!). Bedenklich ist es auch, daß einzelne Bezirke der Untersuchungämter zu klein sind, infolgedessen die Kosten ihrer Unterhaltung zum Teil aus den Strafgeldern gedeckt werden müssen, die Leiter der Aemter ungenügend besoldet und zu sehr auf die Einnahmen aus Sachverständigengebühren angewiesen sind; bei der großen Verantwortung und der Wichtigkeit ihrer behördlichen Funktionen muß aber sowohl im Interesse der Beamten, als der gewerblichen Kreise verlangt werden, daß ihre dienstlichen Verhältnisse so geregelt sind, daß auch der Schein vermieden wird, als seien sie an den Ausgang der Untersuchung persönlich irgendwie beteiligt (Sehr richtig). Tatsächlich sind jedoch die Anstellungs-, Besoldungs- und Pensionsverhältnisse für die Beamten, namentlich bei den kleineren Aemtern, so unzulänglich, daß sie mit dem ihnen vorgeschriebenen wissenschaftlichen Bildungsgang und mit ihrer sozialen Stellung nicht entfernt im Einklang stehen. Bei den Etatsberatungen in den Jahren 1912 und 1913 hat der Ministerialvertreter zwar die Erwartung ausgesprochen, daß die Gemeinden der bei den staatlichen Nahrungsmitteluntersuchungsämtern regierungsseitig ergriffenen Initiative zur Besserung dieser Verhältnisse nach-

folgen werden; diese Erwartung scheint jedoch nur in geringem Maße eingetroffen zu sein. Redner bittet deshalb, erneut auf die Gemeinden einzuwirken und, falls diese Bemühungen erfolglos sein sollten, die allmähliche Verstaatlichung der Untersuchungsämter in ernstliche Erwägung zu ziehen.

Auch das Verfahren bei den Probeentnahmen gibt vielfach zu Klagen Veranlassung, insbesondere wird nicht immer eine versiegelte Gegenprobe zurückgelassen, wie das durch Gesetz vorgeschrieben ist. Diesem Uebelstande könnte ohne weiteres abgeholfen werden, wenn der Herr Minister die ihm untergeordneten Beamten anwiese, nicht nur auf Veranlassung des Gewerbetreibenden, sondern in allen Fällen von Amts wegen eine oder noch besser zwei Gegenproben zurückzulassen. In Fällen, wo nur ein geringfügiges Versehen, eine entschuldbare Fahrlässigkeit vorliegt, sollte außerdem die Polizeibehörde in größerem Umfange durch Verwarnung und Belehrung als durch Bestrafung vorgehen (sehr richtig!) namentlich da, wo es sich um kleine Gewerbetreibende handelt. Desgleichen könnte bei leichteren Uebertretungen aus Fahrlässigkeit mehr als bisher von polizeilichen Strafverfügungen und richterlichen Strafbefehlen Gebrauch gemacht werden und weniger von öffentlichen Anklagen, die häufig nur deshalb erhoben werden, um die Kosten der chemischen Untersuchung von den Betreffenden einzuziehen; ein schwer zu rechtfertigender fiskalischer Standpunkt.

Ueber die Art der Festsetzung der Normen stehen sich zwei Auffassungen diametral gegenüber. Das Reichsgesundheitsamt will sie durch Verordnungen dergestalt regeln, daß sie allgemein auch für die Gerichte rechtsverbindliche Kraft haben sollen, während die sachverständigen Kreise von Handel und Industrie wünschen, daß von rechtsverbindlichen Verordnungen für die Gerichte abgesehen, statt dessen bei dem Reichsgesundheitsamt ein Nahrungsmittelbeirat geschaffen werden möge, der fortlaufend durch Gutachten und Festsetzungen von Normen den Rechtsstoff klären und vereinheitlichen soll (sehr gut!), da bei der nie stillstehenden Entwicklung des Verkehrs und der Fabrikation und bei den immer wechselnden Produktionsmethoden ein derartiger, ständig arbeitender, gleichmäßig aus Theoretikern und Praktikern zusammengesetzte Beirat mehr Bürgschaft dafür biete, daß den jeweiligen Bedüfnissen der Praxis entsprochen würde, als die etwas starrere Form der Verordnung. Jedenfalls muß darauf entscheidender Wert gelegt werden, daß diese Regelung möglichst bald erfolgt und den sachverständigen Vertretern von von Industrie und Handel eine entscheidende Mitwirkung dabei eingeräumt wird. (Sehr richtig!). An diesen Fragen sind nicht nur Industrie und Großhandel interessiert, sondern auch außerordentlich zahlreiche Kreise der kleineren und kleinsten Kaufleute und Gewerbetreibenden, die vielfach in schwerem wirtschaftlichen Kampfe stehend durch die gegenwärtige rigorose Handhabung des Gesetzes im hohen Grade mißgestimmt sind. Der reelle Handel kann jedenfalls verlangen, daß er vor unnötigen oder gar schikanösen Belästigungen geschützt würde. Es handelt sich hier hauptsächlich um Mittelstandskreise, denen man ihre Berufs- und Staatsfreudigkeit erhalten muß. (Lebhafter Beifall bei den Nationalliberalen).

Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. **Abel:** Die Königliche Staatsregierung ist auch der Meinung, daß auf dem Gebiete der **Nahrungsmittelpolizei** und des Nahrungsmittelverkehrs überhaupt bei uns in Preußen und in Deutschland die Verhältnisse noch nicht in jeder Hinsicht so liegen, wie sie liegen sollten. Ganz besonders zu beklagen ist es, daß positive Normen für die Rechtsprechung fehlen und noch eine große Rechtsunsicherheit auf dem Gebiete des Nahrungsmittelverkehrs herrscht. Es sind jedoch Anstrengungen im Werke, diese Rechtsunsicherheit zu beseitigen. Im Kaiserlichen Gesundheitsamt und im Reichsgesundheitsrat schweben schon seit Jahren Verhandlungen, um bestimmte Normen für die Beschaffenheit der Nahrungsmittel festzusetzen, die die Unterlage für eine einheitliche Rechtsprechung geben werden (Bravo!).

Sachverständige aus dem Handelsstande werden jetzt in allen zweifelhaften Fällen gehört. Die Forderung des Vorredners, daß sie in allen Fällen zugezogen werden, wird praktisch kaum durchführbar sein, auch gar nicht im Interesse des Handels und des Verkehrs liegen. Es würde eine riesige Verzögerung bedeuten, wenn in jedem einzelnen, auch noch so klar liegenden Falle erst noch die Handelskammern gehört werden sollen; ein prak-

tischer Nutzen ist davon außerdem nicht zu erwarten. Eher wäre zu überlegen, ob man nicht nach irgendeiner Richtung hin den Begriff der zweifelhaften Fälle, in denen Handelssachverständige zugezogen werden sollen, noch mehr präzisieren und damit dem Handel entgegenkommen könnte. Bei den „Sprachreinigungsbestrebungen“ der Nahrungsmittelchemiker handelt es sich nicht um solche, sondern darum, im Interesse des Pumbikums Warenbezeichnungen einzuführen, die dem entsprechen, was die Waren wirklich darstellen. Der Fälscher versucht selbstversändlich, Waren, die er in den Handel bringt, mit einer so gefälligen Bezeichnung zu belegen, daß das Publikum glaubt: hier bekommst du etwas besonderes Gutes. Selbst bei ehrlich gemeinten Deklamationen kommen täglich Mißverständnisse vor. Es liegt daher im Interesse des Publikums, daß man gegen irreführende Bezeichnungen mit aller Energie einschreitet und eine Ware genau als das bezeichnet zu sehen verlangt, was sie ist.

Die Ansicht des Herrn Vorredners, daß die Bezirke der Nahrungsmitteluntersuchungsämter teilweise zu groß wären, so daß keine Fühlung zwischen den Chemikern dieser Aemter und den zu kontrollierenden Personen, den Händlern vorhanden wäre, ist z. T. richtig; wir wirken aber seit Jahren dahin, daß eine größere Fühlung in dieser Hinsicht eintritt. Gegenüber dem Bedenken, daß die Bezirke der Untersuchungsämter vielfach zu klein und die Chemiker auf die Einnahmen aus den Gebühren angewiesen seien, ist zu bemerken, daß von vornherein für die Anerkennung eines Untersuchungsamts als öffentliches Amt die Bedingung aufgestellt worden ist, daß die Vorsteher vollständig unabhängig dastehen müssen. Es dürfte auch wohl kaum irgendeinen Fall aus der Praxis angeführt werden können, wo tatsächlich einmal der Vorsteher eines Untersuchungsamtes sich von dem pekuniären Interesse hätte leiten lassen. Das einzige, was die Chemiker als besondere Bezüge aus Strafverfahren haben, sind die Sachverständigengebühren für die Gerichtstermine; es wird aber wohl niemand glauben, daß eine Gebühr von 2 Mark für die Stunde dafür, daß man an Gerichtsstelle sein, stundenlang warten und in einem oft schwierigen Prozesse als Sachverständiger auftreten muß, wirklich etwas so Verführerisches ist, daß der Nahrungsmittelchemiker darum seine Berufspflichten vernachlässigen und schärfer vorgehen sollte, als er es mit seinem Gewissen vereinbaren kann.

Die Anweisung zur Probeentnahme schreibt nicht vor, daß eine Gegenprobe unter allen Umständen gegeben werden soll; im Nahrungsmittelgesetz steht nur, daß eine Gegenprobe gegeben werden muß, wenn der Händler es verlangt. Es dürfte jedoch nicht zweckmäßig sein, in allen noch so einfach liegenden Fällen noch eine Gegenprobe zurückzulassen, denn das erhöht die Kosten der Nahrungsmittelkontrolle, erhöht auch die Schwierigkeiten der ganzen Vornahme. Statt das Gesetz zu ändern, wird man besser tun, die Händler von den Handelsvertretungen aus dahin zu instruieren, daß sie, wo es ihnen irgendwie zweckmäßig erscheint, von dem gesetzlich ihnen zustehenden Rechte Gebrauch machen sollen, eine Probe zu verlangen. Daß bei Probeentnahmen Irrtümer insofern vorgekommen sind, als die aus zwei Geschäften entnommenen Proben verwechselt worden sind, ist noch nie erwiesen worden. Es wäre sehr dankenswert, wenn diese oft vorgebrachte Behauptung vielleicht einmal durch Nachfragen der Handelskammern aufgeklärt würde.

Warnungen werden im großen Umfange erteilt; nicht immer wird gleich mit Strafverfahren vorgegangen. Auch von der Zentralinstanz wird immer wieder darauf hingewiesen, daß man nicht jeden Händler, bei dem irgendein Verstoß gegen das Gesetz gefunden wird, sofort einer Strafverfolgung aussetzen, sondern ihm, wo augenscheinlich eine Verfehlung aus Unkenntnis der Bestimmungen vorliegt, zunächst eine Warnung erteilen soll.

Ob die künftig bei der Neubearbeitung des Nahrungsmittelgesetzes zu erlassenden Normativbestimmungen für die Beschaffenheit der Lebensmittel rechtsverbindliche Kraft haben sollen, ist von den legislativen Behörden noch nicht beschlossen worden. Nach den im Jahre 1911 mit den Vertretern des Handels gepflogenen Beratungen mußte das Kaiserliche Gesundheitsamt durchaus die Ueberzeugung haben, daß auch der Handel wünscht, bindende Normen festgesetzt zu sehen. Wir kommen meines Erachtens gar nicht anders zu einem wirklich alle Teile, Publikum und Handel, befriedigenden

Ziel, als wenn wir die erwähnten Normen mit rechtsverbindlicher Kraft aufstellen, so daß sich die Gerichte an sie halten können. Natürlich werden immer wieder neue Verfahren der Nahrungsmittelherstellung und Nahrungsmittelbehandlung erfunden werden, auf die nicht von vornherein Rücksicht genommen werden kann; aber es ist leicht, die Vorschriften so zu gestalten, daß sie ohne jedesmalige Inanspruchnahme der gesetzgebenden Körperschaften schnell wieder geändert und den Verhältnissen der Praxis angepaßt werden können.

Abg. Dr. **v. Woyna** (freikons.): Die Einführung der Reichsversicherungsordnung hat die Fürsorge für die Volksgesundheit ein sehr weites Gebiet neuer Aufgaben gestellt; insbesondere wird die Fürsorge für die Kranken viel weiter als bisher dezentralisiert werden müssen. Deshalb bildet die Gründung **kleiner Krankenhäuser** ein notwendiges Korrelat zur Durchführung der Reichsversicherung und deshalb ist es auch nötig, die Anforderungen in bezug auf die Ausstattung und Einrichtung dieser kleineren Krankenhäuser auf ein gewisses Mindestmaß herabzusetzen, damit selbst leistungsschwache Kommunalverbände in der Lage sind, ihren Pflichten in dieser Beziehung gerecht zu werden. Die Durchführung der Reichsversicherungsordnung hat leider mit dem wenig sympathischen **Streit der Aerzte und Krankenkassen** eingesetzt. Es ist daher freudig zu begrüßen, daß sich jetzt der Reichsverband der Aerzte aufgelöst hat und die Aerzte damit bekundet haben, daß sie nicht mehr gewillt sind, in Form einer ihrer hohen Stellung nicht entsprechenden Gewerkschaft oder einer ähnlichen Verbindung dauernd ihre Rechte zu erkämpfen.

Als die Medizinalverwaltung von der Unterrichtsverwaltung auf die Verwaltung des Innern überging, konnte man die Besorgnis hegen, daß vielleicht zwischen der Medizinalverwaltung und der Wissenschaft der Kontakt nicht weiter bestehen würde, der durch die Unterstellung unter das gemeinschaftliche Ressort des Unterrichts gesichert war. Die Entwicklung ist, Gott sei Dank, nach dieser Richtung hin erfreulich gewesen. Zahlreiche freie Vereinigungen, Zentral-, Provinzial- und Lokal-Vereinigungen haben sich zusammengefunden, um im Vereine mit den amtlichen Vertretern der Medizinalverwaltung an dem gemeinsamen großen Ziele der Hebung der Volksgesundheit zu arbeiten. Entschieden ist es als Verdienst des gegenwärtigen technischen Leiters unserer Medizinalverwaltung hervorzuheben, daß er sich an diesen Bestrebungen auf das freundlichste gegenüberstellt, daß er weit über seine Pflicht hinaus sein persönliches Können und seine Arbeitskraft für die Tätigkeit dieser freien Vereinigungen mit eingesetzt hat. Wenn nun so auf allen Gebieten der Fürsorge für die Volksgesundheit auch ein erfreulicher Fortschritt zu verzeichnen ist, so bleiben doch noch einige Feinde der Volksgesundheit übrig, z. B. die **Blinddarmerkrankungen,** die in Deutschland so außerordentlich zugenommen haben, daß Wissenschaft, Praxis und Medizinalverwaltung einsetzen müssen, um das Wesen dieses gefährlichen Feindes der Volksgesundheit, der Erkrankung der Blinddarmorgane, nach Möglichkeit zu ergründen. Dasselbe betreffend einer anderen Volkskrankheit, der **akuten spinalen Kinderlähmung,** die besonders die niederen Schichten ergreift und in verschiedenen Regierungsbezirken so stark aufgetreten ist, daß auf sie durch Staatsministerialbeschluß die Bestimmungen des Landesseuchengesetzes vom August 1905 ausgedehnt sind. Auch diese Krankheit ist so unheimlich, so mörderisch in ihrem Auftreten, daß sich ebenfalls eine freie Vereinigung bilden sollte, in der sich Wissenschaft, Praxis und amtliche Vertretung zusammenfinden, um die besten Mittel zu ihrer Bekämpfung zu ergründen.

Unsere Medizinalverwaltung hat in hervorragendem Maße an dem Zustandekommen des **Wassergesetzes** mitgewirkt; sie hat uns die Ueberzeugung verschafft, daß **gesundes Wasser** eine der wichtigsten Lebensbedingungen für uns bildet und daß deswegen dieses Gesetz auf die Gewährleistung gesunderer Wasserverhältnisse zugeschnitten werden mußte. Dies ist geschehen und zwar nicht aus einer gewissen Industriefeindlichkeit, sondern im Gegenteil aus der Ueberzeugung, daß auch die Industrie selbst auf nichts mehr angewiesen ist, als auf reines, gutes Wasser. Soll nun aber der von dem Wassergesetz in dieser Hinsicht erhoffte Erfolg wirklich eintreten, dann ist es auch nötig, daß die **Medizinalverwaltung** bei allen Projekten, die jetzt für die Abwässerung größerer und kleinerer Ortschaften, für die Wassergewinnung kleinerer

und größerer Ortschaften aufgestellt werden, eine genaue Prüfung eintreten läßt. Wir sind in unserem gesamten Wirtschaftsleben auf einen großen Wasserverbrauch angewiesen, und wer unterhalb einer großen Stadt an einem durch Abwässer und Unrat stark verseuchten Flusse liegt, der weiß, was es bedeutet, wenn nach dieser Richtung hin die polizeiliche und gesundheitstechnische Aufsicht nicht immer dagewesen ist.

Auf den Grund des **Geburtenrückganges** will Redner nicht weiter eingehen, zumal die Wissenschaft schwankend ist, ob die Mittel, die zur Verhütung der Geburten angewendet werden, von den Betreffenden nicht auch aus anderen gesundheitlichen Gründen benutzt zu werden pflegen. Jedenfalls sollte man aber die vorhandenen Organisationen auch hier nutzbar machen, um dieser übelsten aller Erscheinungen in unserem Kulturleben entgegenzutreten. Besonders geeignet erscheinen hierzu gerade die **Hebammen,** denn ihr eigenes Interesse führt sie ohne weiteres dazu, zahlreiche Geburten als erwünscht anzusehen. Durch Aufklärung unter der weiblichen Bevölkerung können sie am besten dahin wirken, daß schädliche Mittel jedenfalls nicht angewendet werden. Nicht minder kann hier die freie Vereinstätigkeit, namentlich der Vereine zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, aufklärend wirken. So wird sich ein fester Kreis von Bestrebungen zusammenfinden, um dem Menschen von der Geburt bis zum Tode in der Förderung seiner Gesundheit helfend zur Seite zu stehen. Notwendig ist es jedoch, daß sich diese Tätigkeit nicht zu sehr zersplittert, sondern daß sie in irgendeiner Form wieder zusammengefaßt wird, wie solches durch die unter dem Protektorat der Frau Kronprinzessin geschaffenen Liebesorganisation, die **Cecilienhilfe,** beabsichtigt wird, die alle Bestrebungen für die Volkswohlfahrt und Volksgesundheitspflege in einer Zentralstelle konzentrieren will, jedoch ohne die Tätigkeit der Einzelvereinigungen in Stadt und Land zu beschränken. Gerade die vielfache Bildung von Einzelvereinen und Organisationen, von Provinzialvereinen, von Kreisorganisationen hat zu leicht im Gefolge, daß große Mittel zersplittert werden und eine große Menge von Arbeit nicht mehr einheitlich geleistet wird, worunter das Ganze eidet. Daß dem in der Folge vorgebeugt wird, das wird die Hauptaufgabe der Cecilienhilfe bilden. (Bravo! rechts).

Ministerialdirektor Prof. Dr. **Kirchner:** In bezug auf die Anforderungen beim **Bau von Krankenhäusern** ist bereits vom Abg. v. Pappenheim anerkannt worden, daß der Min.-Erlaß vom Jahre 1911 bedeutende Erleichterungen geschaffen hat gegenüber demjenigen von 1895. Es ist in der Tat das Bestreben des Herrn Ministers, daß hierbei über das im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege und im Interesse der Kranken notwendige Maß womöglich nicht hinausgegangen werden soll. Es soll natürlich nicht verhindert werden, daß die Architekten, soweit die Auftrag- und Geldgeber dazu die Neigung haben, die Krankenhäuser gefällig und künstlerisch schön bauen; wohl aber soll verhindert werden, daß an Orten, wo nicht so reichliche Mittel zur Verfügung stehen, Luxusbauten errichtet und dann aus Mangel an Mitteln zu wenig Betten bereit gestellt werden. Denn das Wohl der Kranken ist wichtiger als die Befriedigung des Schönheitsbedürfnisses. Im besondern muß die Medizinalverwaltung Wert darauf legen, daß bei allen Krankenhäusern Einrichtungen zur Isolierung von Kranken vorhanden sein sollen. Mag das Krankenhaus noch so klein sein, es müssen darin Räume vorhanden sein, um Kranke mit ansteckenden Krankheiten, z, B. Cholera, Pocken, Typhus usw. sicher abzusondern. Wohin sollte es führen, wenn in irgendeinem Krankenhaus derartige Einrichtungen nicht vorhanden wären? Gerade auf dem platten Lande, wo hoffentlich künftig mehr Krankenhäuser gebaut werden, ist man nicht in der Lage, die Kranken mit ansteckenden Krankheiten weithin zu transportieren. Will man dort also die Entstehung von Epidemien verhindern, so müssen an Ort und Stelle entsprechende Einrichtungen vorhanden sein. Desgleichen müssen auch die kleinen Krankenhäuser so ausgestattet sein, daß sie jeder Anforderung Rechnung tragen können. Denken Sie an die schweren Verletzungen, die gerade auf dem platten Lande und in kleinen Fabriken nicht selten bei der Bedienung von Sägen, Häcksel-, Mähmaschinen u. dgl. vorkommen. Wenn da nicht die Möglichkeit gegeben ist, sofort an Ort und Stelle die erforderliche Operation auszuführen, können Menschenleben zugrunde gehen. Also ja keine ängstliche Sparsamkeit in dieser Beziehung!

Vom H. Abg. Dr. v. Woyna ist als erwünscht bezeichnet, daß bezüglich der **Blinddarmentzündung** seitens der Wissenschaft und des Staates mehr geschehen möchte als bisher. Er deutete an, daß die Blinddarmentzündung wohl eine übertragbare Krankheit wäre. Das ist jedoch nicht der Fall, wenigstens insofern nicht, als ein an Blinddarmentzündung Erkrankter die Krankheit nicht auf einen anderen zu übertragen vermag. Allerdings wird die Krankheit durch Eitererreger erzeugt, und insofern ist etwas Infektiöses dabei vorhanden. Die Wissenschaft hat sich bereits eingehend damit beschäftigt; es sind z. B. in der Berliner medizinischen Gesellschaft Erhebungen darüber angestellt worden, ob bestimmte Dinge, z. B. emaillierte Kochgefäße, schuld daran wären, daß die Krankheit jetzt häufiger ist als früher. In Wirklichkeit erscheint sie aber jetzt nur häufiger als früher, weil ihre Diagnose eine vollkommenere geworden ist. Sie ist aber auch ungefährlicher geworden, weil die Chirurgie sich in einer Weise gehoben hat, wie man es früher nicht denken konnte, und der rechtzeitige Eingriff des Arztes zur sicheren Heilung führt.

Was die **spinale Kinderlähmung** betrifft, so ist sie seit ihrem ersten Auftreten in Deutschland Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit der Medizinalverwaltung gewesen. Schon im Jahre 1909 ist eine Kommission eingesetzt worden, um zu untersuchen, ob die Krankheit übertragbar ist oder nicht. Es haben eingehende Untersuchungen stattgefunden, bei denen sich herausgestellt hat, daß der Erreger der Krankheit so klein ist, daß man ihn mit den jetzigen Mikroskopen nicht sehen kann; er geht auch durch bakteriendichte Filter hindurch. Aber die Versuche haben auch ergeben, daß er auf gewisse Tiere, namentlich Affen und Kaninchen, übertragbar ist. Es ist also kein Zweifel vorhanden, daß es sich um eine übertragbare Krankheit handelt. Die Schwierigkeit, etwas gegen sie zu unternehmen, liegt darin, daß in der Mehrzahl der Fälle die Krankheitssymptome im Anfang so verschleiert, so wenig deutlich erkennbar sind, daß man in der Regel erst, wenn schon die Lähmung eingetreten ist, an die Krankheit denkt. Das ist auch der Grund, weshalb hervorragende Aerzte Zweifel haben, ob es einen Zweck hat, die Krankheit anzeigepflichtig zu machen. Das Staatsministerium hat dies trotzdem getan. Sollte die Krankheit wieder häufiger auftreten, so wird sie wieder anzeigepflichtig werden, überhaupt wird, wie bisher, seitens der Medizinalverwaltung alles geschehen, um über diese nach vielen Richtungen hin noch dunkle Krankheit volle Aufklärung zu schaffen.

Auch der Wunsch, daß bei der Durchführung des **Wassergesetzes** die Medizinalverwaltung zu voller Wirksamkeit gelange, wird erfüllt werden. Seit einer Reihe von Jahren besitzen wir eine vorzüglich eingerichtete Anstalt, die **Landesanstalt für Wasserhygiene,** die weit über Preußen und Deutschland hinaus einen ausgezeichneten Ruf genießt und es sich angelegen sein läßt, wissenschaftliche Grundsätze aufzustellen und überall praktisch mitzuhelfen, wo es sich darum handelt, die Verunreinigung von Flüssen zu verhindern und für gutes Trinkwasser zu sorgen. In dieser Hinsicht wird auch in Zukunft alles Erforderliche geschehen.

Auf den **Geburtenrückgang** ist bereits der Herr Minister ausführlich eingegangen. Es kann kein Zweifel sein, daß der Geburtenrückgang eine schwere nationale Gefahr ist, es kann aber auch nicht zweifelhaft sein, daß hier durch die polizeilichen Maßnahmen, welche ins Auge gefaßt und durchgeführt werden sollen, doch nur wenig zu erreichen ist. Die Hauptsache muß das Volk selbst tun. Wir haben es hier mit etwas absichtlich Gewolltem, nicht mit einer Notwendigkeit zu tun; es handelt sich allerdings um eine Volkskrankheit, aber nicht um eine körperliche, sondern um eine Krankheit, die wesentlich auf dem Gebiete der Ethik und des Willens liegt. Hiergegen durch polizeiliche Maßnahmen wirken zu wollen, darauf muß man verzichten. Aber was wir erstreben und worin sich alle, die es mit dem Volke gut meinen, zusammenschließen müssen, daß ist, daß unsere Bevölkerung über die großen Gefahren, welche für unser Vaterlnnd, für die Familie und besonders für die Frauen in dem gewollten Geburtenrückgang liegen, gründlich belehrt wird. Das ist keine Aufgabe, die allein oder auch nur in erster Linie der Arzt zu lösen hat, nein, das ist eine Aufgabe, die neben ihm unsere Lehrer, unsere Geistlichen und alle Freunde des Volkes zu lösen haben. Mit Freude können wir anerkennen, daß die Bischöfe in einem Hirtenbrief das Volk auf

diese Gefahr hingewiesen haben. Vielleicht könnte auch die evangelische Landeskirche ähnlich vorgehen. Wir Aerzte haben die Pflicht, darauf hinzuweisen, welche Gefahren die Gesundheit der Frauen läuft, wenn gewaltsam die Empfängnis verhindert oder die Schwangerschaft unterbrochen wird. Der Herr Minister hat die Medizinalkollegien und die Aerztekammern zu Gutachten aufgefordert, die das betrübende Ergebnis gehabt haben, daß die willkürliche Unterbrechung der Schwangerschaft in einem Umfange stattfindet, der das weibliche Geschlecht aufs gröbste gefährdet. Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft ist ja mit der Gefahr der Infektion verbunden, und wenn die künstlichen Aborte und die künstlichen Frühgeburten jetzt in einer Zahl stattfinden, wie niemals vorher, so begreift man leicht, weshalb jetzt so viele jugendliche Personen, so viele jugendliche Frauen an schweren Frauenkrankheiten leiden oder wohl gar an Kindbettfieber und an allgemeiner Infektion zugrunde gehen. Das ist eine Gefahr, die nicht hoch genug veranschlagt werden kann; denn sie untergräbt die Gesundheit der Frauen und zerstört das Glück der Familie. (Sehr richtig!) Die Hebammen sind bereits angewiesen, durch ihre neue Dienstanweisung auf diesem Gebiete aufklärend zu wirken. Der Herr Minister wird es sich aber gewiß gern angelegen sein lassen, sie noch mit weiteren Weisungen zu versehen. Ein guter Gedanke ist es, daß die Vereine zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit sich auch dieser Sache annehmen sollen. Es ist durchaus richtig, daß die Vereine zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, die so großen Anklang im Volke gefunden haben, hierzu besonders geeignet sind. Die Fürsorgeschwestern, die von diesen Vereinen unterhalten werden, gehen in die Familien hinein, kennen die Bedürfnisse des Volkes, kennen auch die Sprache des Volkes; sie können infolgedessen viel besser auf die Einzelnen einwirken, als es der Arzt, der Lehrer und der Geistliche vielleicht können. Neue Organisationen zu gründen, die sich die Bekämpfung des Geburtenrückganges angelegen sein lassen, sind nicht zu empfehlen, schon aus dem Grunde, daß fortwährende Gründungen neuer Vereine wirklich ein Unglück ist. (Sehr richtig!) Einer schädigt den anderen, einer gräbt dem anderen das Wasser ab. Wie oft geht ein florierender Verein nach kurzer Zeit wieder zugrunde, weil ein neuer Verein mit einem anderen Ziele hervortritt. Wenn es möglich wäre, alle diese verschiedenen Vereinigungen zusammenzuschließen, so wäre das sehr erwünscht. Zum Schluß hebt Redner noch hervor, daß leider die übertragbaren Geschlechtskrankheiten eine so außerordentlich große Rolle spielen, eine Rolle, die geradezu deletär sei. Seitens der im Jahre 1901 unter seiner Aegide gegründeten Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wird immer wieder darauf hingewiesen, welche kolossalen Verheerungen die übertragbaren Geschlechtskrankheiten anrichten. Man sagt wohl, daß die Sterblichkeit an Syphilis eine überaus geringe ist; sie ist aber nur gering, soweit sie in den Todeslisten der Standesämter hervortritt, dagegen enorm groß, soweit die Aerzte darüber unterrichtet sind. Wie viele Menschen gehen in der Blüte ihres Lebens und auf der Höhe ihrer Schaffenskraft an progressiver Paralyse, an Tabes, an Arterienverkalkung u. dgl. zugrunde, und wenn man nachfragt, worum er sich dabei eigentlich handelt, so ist es die Syphilis. Wie viele Frauen werden durch eine Ansteckung mit Gonorrhöe in ihrer Gebärfähigkeit beeinträchtigt! Die Zahl der Einkinderehen ist enorm, und dies beruht ausschließlich auf der Uebertragung von Gonorrhöe. Auch hier hat die öffentliche Aufklärung einzusetzen; alle, die es mit unserem Volke gut meinen, haben die Pflicht, darauf hinzuweisen, daß das Niveau der sittlichen Anschauungen unseres Volkes wieder gehoben werden muß. Nicht eher werden wir die Gefahr des Geburtenrückganges beseitigen, als bis in dieser Beziehung eine Aenderung eingetreten ist. (Bravo!)

Abg. **Hirsch**-Berlin (Soz.) weist zunächst den Vorwurf des Abg. Frhrn. v. Steinaecker, daß die Sozialdemokratie auch an dem **Geburtenrückgang** die Schuld trage, als völlig unbegründet zurück. Sein Parteigenosse Stroebel habe keineswegs, wie behauptet sei, einer gewollten Kinderbeschränkung das Wort geredet, sondern im Gegenteil ausdrücklich gesagt, daß die Sozialdemokratie nicht auf dem Standpunkt stehe, daß eine solche aus ökonomischen und wirtschaftlichen Gründen zu wünschen wäre. Er hat dann weiter ausgeführt, daß auch in Frankreich die künstliche Beschränkung der Kinderzahl nicht zu

einer Besserung der Lage der arbeitenden Klassen geführt habe; deshalb sei die Sozialdemokratie gegen den Geburtenrückgang, aber sie könne dem einzelnen keine Vorschriften machen. Das ist also das genaue Gegenteil von dem, was vorher der Sozialdemokratie unterstellt ist. Es handelt sich hier um eine Kulturfrage ersten Ranges, an der alle Schichten der Bevölkerung ohne Unterschied der politischen Richtung und der Konfession interessiert sind. Eine hervorragende Rolle spielen dabei allerdings auch wirtschaftliche Momente; das wird ja indirekt anerkannt durch die Gewährung von Beihilfen an kinderreiche Beamte. Die Wohnungsverhältnisse kommen dabei ebenfalls in Betracht. Man darf sich nicht darauf beschränken, über die zunehmende Unsittlichkeit zu klagen. Es ist auch nicht richtig, daß der Geburtenrückgang in katholischen Gegenden speziell in Westfalen, geringer wäre als in anderen Teilen. Ein Vergleich mit dem Jahre 1904, in dem der allgemeine Geburtenrückgang eingesetzt hat, zeigt, daß die katholischen Gegenden in diesem Punkte den protestantischen Gebieten gar nichts nachgeben, sie zum Teil sogar übertreffen. Wenn der Reg.-Bez. Münster gegenüber 1876 keinen Geburtenrückgang zeigt, so liegt dies lediglich daran, daß er damals eine auffallend geringe Geburtsziffer hatte; seit 1904 ist diese aber von 43,08 auf 39,16 ‰ gesunken, im Reg.-Bez. Arnsberg von 42,23 auf 33,37 ‰, in den Reg.-Bezirken Aachen von 34,31 auf 29,43, Düsseldorf von 38,10 auf 29,38 und Cöln von 36,79 auf 27,61. Der Geburtenrückgang ist also ein allgemeine Erscheinung in Deutschland, für die man weder eine politische Partei, noch eine Konfession verantwortlich machen kann, sondern in erster Linie die wirtschaftlichen Verhältnisse. In Berlin setzte z. B. der Geburtenrückgang mit dem Beginn unserer jetzigen Zollpolitik ein und erreichte im Jahre 1912, dem Jahre der größten Teuerung, seinen größten Stand. In den Jahren 1902 bis 1912, in der Zeit des stärksten Geburtenrückgangs, waren die Preise für alle Lebensmittel am höchsten. Die Löhne sind zwar höher, aber nicht in dem Verhältnis wie die Lebensmittelpreise gestiegen, was auch der Rückgang des Konsums beweist. Mit ein Hauptgrund ist die weitere Zunahme der Berufsarbeit der Frau, die mit dem Niedergang der allgemeinen Wirtschaftsverhältnisse zusammenhängt. Wenn die Frauen sich wieder mehr ihren Gatten- und Mutterpflichten widmen können, dann wird die Geburtenzahl wieder steigen. Zu untersuchen ist auch, ob die Gebärfähigkeit gelitten hat. In Frankreich, dem klassischen Lande des Zweikindersystems, geht der Wohlstand mit der geringen Geburtenziffer Hand in Hand, während der geringere Wohlstand der Bevölkerung noch mit einer hohen Geburtsziffer verbunden ist. Auch in Deutschland haben die besitzenden Kreise zunächst das Zweikindersytem propagiert und erst jetzt ist ihnen auch die ärmere Bevölkerung gefolgt. Die von nur vereinzelten Sozialdemokraten veranlaßte Agitation zugunsten eines Geburtsstreiks ist von der offiziellen Parteileitung verurteilt; wollten wir aber diejenigen, die für einen Gebärstreik eintreten, aus der Partei ausschließen, dann würde man uns als engherzig verschreien. Wir können hier nur durch Aufklärung der Massen wirken. Wenn der Staat keine Soldaten und keine Arbeiter mehr bekommt, dann wird die Dienstzeit heraufgesetzt wie in Frankreich; die Anforderungen werden an die Militärtauglichkeit herabgesetzt und ausländische Arbeiter herangezogen. Das wollen aber die Sozialdemokraten verhüten und deshalb bekämpfen sie den Geburtenrückgang am meisten. Daß Kinderreichtum ein Unglück ist, ist eine Ansicht der bürgerlichen Kreise. Eine künstliche Hintanhaltung der Kinderzahl ist verständlich, wenn der Verdienst gering und die Wohnungsverhältnisse unzulänglich sind. Das gilt auch für die Beamten mit niedrigen Gehältern. Sie ist auch erklärlich, wenn vom ärztlichen Standpunkt aus eine Schwangerschaft vermieden werden soll; nur aus diesem Grunde ist sie in der Broschüre von Dr. Zadeck empfohlen. Durch eine Begünstigung Malthusischer Ideen würde die Sozialdemokratie nur gegen ihre eigenen Interessen handeln. Polizeiliche Mittel, insbesondere ein Verbot antikonzeptioneller Mittel nützen nichts; deren Gebrauch ist unter Umständen, z. B. bei den Geschlechtskrankheiten, direckt notwendig.

Ebenso wichtig wie die Bekämpfung des Geburtenrückganges ist auch die **Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit.** Wenn auch hierzu schon manches geschehen und besonders in einzelnen Gemeinden, die zu diesem Zwecke reiche Mittel aufgewandt haben, die Säuglingssterblichkeit zurückgegangen ist, so beträgt sie doch immer noch 145,77 ‰. Dabei ist bemerkens-

wert, daß sie auf dem Lande größer ist als in den Städten und im Osten am größten, z. B. in Stettin 216,50, dagegen nur 121,67 in Kiel. Beide Städte sind Hafen- und Arbeitsstädte; die Ursache der höheren Sterblichkeit in Stettin wird also noch andere Ursachen haben, zu deren Erforschung die Gemeinde angehalten werden sollte. Hand in Hand mit der Säuglingsfürsorge muß auch die **Mutterfürsorge** gehen; ebensowenig wie aber bei der Säuglingsfürsorge ein Unterschied zwischen ehelichen und unehelichen Kindern gemacht werden darf, so soll es auch hier gleichgültig sein, ob die Mutter verheiratet oder unverheiratet sei. Auch zur Einführung von **Schwangerschaftsversicherung**, Errichtung von **Wöchnerinnenheimen, Stillstuben** usw. müßten die Gemeinden veranlaßt werden. Zu bedauern ist endlich das Fehlen eines **Hebammengesetzes**, das schon vor 10 Jahren der Minister von Studt als notwendig bezeichnet habe; bedauerlicherweise ist es aber bis heute noch nicht gekommen.

Ein kräftiger Nachwuchs ist unbedingt notwendig, wenn wir im Wettbewerbe der Völker bestehen wollen, deshalb muß mit dem Kampf gegen die Krankheiten, soweit sie aus soziale Ursachen entspringen, energisch eingesetzt werden. Leider läßt jedoch die Ausbildung der Aerzte in der sozialen Medizin im allgemeinen noch viel zu wünschen übrig; die Veranstaltung von **ärztlichen Fortbildungskursen** ist daher nur freudig zu begrüßen. Eine der schlimmsten Berufs- und Proletarierkrankheiten ist jedenfalls die **Schwindsucht**; denn die Statistik lehrt, daß die Tuberkulosesterblichkeit bei den Arbeitern am höchsten ist. Nach Dr. Fischer: „Grundriß der sozialen Hygiene" beträgt sie auf 1000 Lebende berechnet bei Aerzten nur 1,92, bei Landwirten nur 1,82 und bei Pfarrern nur 1,84, dagegen bei Holzarbeitern 10,06, Goldschlägern 17,18, Steinhauern 26,85 und bei Tagelöhner 83,10! Wirtschaftliche und berufliche Mißstände üben unzweifelhaft den ungünstigten Einfluß auf die Verbreitung der Schwindsucht aus, die somit als eine richtige Proletarierkrankheit zu bezeichnen ist. Große Bedenken gibt besonders ihre Verbreitung unter den erwerbstätigen Frauen, wo ihr Prozentsatz noch größer ist als bei den Männern. Man lege deshalb die Axt an die Wurzel des Uebels, bessere die sozialen Verhältnisse unseres Volkes, beseitige die Ursachen der Krankheiten und setze das Volk in den Stand, einen gesunden Nachwuchs nicht nur zu erzeugen, sondern auch zu ernähren. Damit wird der Gesamtheit, dem Vaterlande der beste Dienst geleistet, den zu leisten die Pflicht eines jeden wahren Patrioten ist. (Bravo bei den Soz.-Dem.!)

Abg. Dr. **Mugdan** (fortschr. Volksp.) erkennt die im Etat vorgesehene Vermehrung der **vollbesoldeten Kreisarztstellen** dankend an, bedauert aber, daß ihre Zahl eine so geringe ist; denn selbst nach Bewilligung der neuen Stellen werden immerhin nur 79 vollbesoldete Kreisärzte nicht weniger als 448 nicht vollbesoldeten Kreisärzten gegenüberstehen. Es kann jedoch keinem Zweifel unterliegen, daß nur vollbesoldete Kreisärzte den Anforderungen genügen können, die heute die öffentliche Gesundheitspflege an die Medizinalverwaltung stellt. Ueber die Frage der Vollbesoldung der Kreisärzte haben allerdings sehr lebhafte Debatten im Landtage stattgefunden; es hat auch etwas für sich, daß die Medizinalbeamten der ersten Instanz nicht vollständig dem praktischen ärztlichen Leben entfremdet werden. Aber auf der anderen Seite wird von ihnen in medizinalpolizeilichen und vor allem in öffentlich-hygienischen Beziehungen so viel gefordert, daß es fast unmöglich ist, das jemand, der eine Privatpraxis hat, noch den Pflichten gerecht wird, die ihm der Staat sonst auferlegt. Der Medizinalbeamte der ersten Instanz soll meines Erachtens der Erste unter gleichen sein; er soll der Erste unter den Kollegen seines Kreises sein. Weil er eine Vertrauensperson seiner Kollegen sein muß, so ist es auch aus diesem Grunde schon nicht zweckmäßig, ihn mit Privatpraxis zu belasten; denn bei aller Kollegialität sind ja in jedem Stande die Kollegen auch gleichzeitig Konkurrenten, und infolgedessen entwickeln sich bei aller Kollegialität unter den Männern desselben Berufes manchmal Streitigkeiten. Es ist daher die Wertschätzung des Kreisarztes nicht förderlich, wenn zu diesen Streitern auf der einen Seite ein praktischer Arzt und auf der anderen Seite er selbst gehört. Da ist es erklärlich, daß der Kreisarzt das Vertrauen nicht hat, das er braucht, um seine Aufgabe zu erfüllen; denn das steht auch fest: die Arbeiten des Kreisarztes können nur erfüllt werden, wenn sie von den übrigen Aerzten und der Bevölkerung des Kreises unterstützt werden. Der Kreisarzt ist der ge-

borene **hygienische Erzieher seines Kreises, und auch diese Arbeit kann er nur vollziehen, wenn er in gutem Einvernehmen mit den Aerzten seines Bezirks steht.**

Der **Aerztestreit,** den man bei Einführung der R.V.O. befürchtete, ist zwar nicht ganz vermieden; denn es sind noch einige Kampfinseln da, in denen die Aerzte leider noch um ihre Selbständigkeit kämpfen müssen, aber im allgemeinen ist der Frieden hergestellt, der von allen Parteien dieses Hauses gewünscht worden ist. Die Ansicht des Abg. v. Woyna, daß sich der Verband, der sich die Durchführung der ärztlichen Forderungen zur Pflicht gemacht hat, aufgelöst habe, ist jedoch nicht zutreffend. Nicht der Verband hat sich aufgelöst, der sich die Durchführung der ärztlichen Forderungen zur Pflicht gemacht hat, sondern im Gegenteil der andere Verband, der diesem Verband immer entgegentreten und sehr häufig auf die Seite der Krankenkassen getreten ist. Man kann also als Arzt mit einer gewissen Freude jetzt feststellen, daß die ärztliche wirtschaftliche Organisation gegenwärtig vollständig konkurrenzlos dasteht. Diese wirtschaftliche Organisation ist aber auch jetzt, nachdem der Friede geschlossen ist, außerordentlich wichtig; ohne sie würden die Einrichtungen, die dieser Friedensschluß vorsieht, gar nicht recht in Kraft treten können. Diese Einrichtungen, diese verschiedenen Ausschüsse, die der Friedensschluß vorsieht, werden nur dann gut funktionieren können, wenn die Aerzte organisiert sind. Redner spricht dann seine Freude darüber aus, daß bei dem letzten Teil der Einigungsverhandlungen die Medizinalverwaltung mitgewirkt habe, während dies leider bei dem ersten Teil nicht der Fall gewesen sei; das sei von den Aerzten sehr bedauert, da die Medizinalverwaltung doch gerade diejenige sein soll, die nicht nur für die öffentliche Hygiene, sondern auch für die Aerzte wirken soll, denen die Pflege der öffentlichen Hygiene obliegt.

Gegen die **Nebenbeschäftigung der vollbesoldeten Kreisärzte** als Vertrauensarzt oder Strafanstaltsarzt ist nicht allzu viel einzuwenden; im Gegenteil, es ist ganz gut, daß auch die vollbesoldeten Kreisärzte in Beziehung mit der ärztlicheln Praxis bleiben. Dagegen scheint es, als ob in der letzten Zeit zu viel volbesoldete Kreisärzte als Impfärzte angestellt worden sind. Die Impftechnik ist zum Glück jetzt ein Gemeingut aller Aerzte geworden; es ist daher nicht nur nicht notwendig, die Stellung als Impfarzt den Aerzten zu nehmen, sondern auch schädlich; denn wenn die Aerzte von dieser Stellung ferngehalten werden, so werden sie schließlich verlernen, was sie mühsam gelernt haben. Infolgedessen sollte man den praktischen Aerzten hier durch die vollbesoldeten Kreisärzte keine Konkurrenz machen.

Mit großer Freude begrüßt Redner sodann, daß von der Staatsregierung ein Zuschuß zwecks Anstellung von **Untersuchungen über den Schutzpockenimpfstoff** bei dem Institute für Infektionskrankheiten „Robert Koch" in Berlin gefordert wird, und würde sich freuen, wenn vielleicht der Herr Direktor der Medizinalabteilung ausführlicher als in der Budgetkommission Auskunft darüber gäbe, in welcher Weise diese Forschungen vor sich gehen sollen, damit nicht etwa der Anschein erweckt wird, als wenn diese Summe angefordert würde, weil Zweifel über die Wirksamkeit der Impfung entstanden oder weil bei dem Impfgeschäft Fehler, körperliche Schädigungen und dergleichen vorgekommen sind. Leider hat sich die Tatsache nicht bewahrheitet, daß der Erreger der Pocken gefunden ist, hoffentlich wird aber mit Hilfe der ausgezeichneten Arbeitsmethoden im Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" es gelingen, zu dem erwünschten Ziel zu kommen. In den einmaligen Ausgaben dieses Etats sind wieder Summen zur Bekämpfung der Granulose, des Typhus (im Regierungsbezirk Trier) und zur Veranstaltung von Forschungen über Ursachen und Verbreitung der Krebskrankheit gefordert. Dagegen ist dem im vorigen Jahre im Abgeordnetenhause ausgesprochenen Wunsche, auch den **Fürsorgestellen zur Bekämpfung der Tuberkulose, der Trunksucht und der Krebskrankheit** einen staatlichen Zuschuß zu gewähren, nicht Rechnung getragen, was um so mehr zu bedauern ist, als sich immer mehr und mehr herausgestellt hat, daß diese Fürsorgestellen zur Bekämpfung der Volkskrankheiten eine unbedingte Notwendigkeit sind, und daß diese Bekämpfung nur erfolgreich sein wird, wenn wir über das ganze Land verbreitete Fürsorgestellen haben, von denen die Bevölkerung mit Rat und Tat unterstützt wird, und die sie auf Dinge aufmerksam machen können, von denen sie sonst keine Ahnung hat.

(Sehr richtig!) Redner würde sich freuen, wenn der Herr Direktor der Medizinalverwaltung uns die Hoffnung machen könnte, daß diese Summe vielleicht noch bei einem Nachtragsetat eingestellt werden würde. Er würde es auch mit Freuden begrüßen, wenn die Medizinalverwaltung sich mehr als bisher mit der **Fürsorge für unsere Krüppel** abgeben würde. Der Landesverein für Krüppelfürsorge verfolgt seinen edlen Zweck mit größter Energie und tut viel, um diesen gewiß unglücklichsten Menschen zu helfen. Aber die Mittel hierfür sind zu gering, deshalb sollte die Medizinalverwaltung den Herrn Finanzminister veranlassen, hierin eine etwas offenere Hand zu haben; denn was bisher staatlicherseits für die Krüppel geschieht, ist außerordentlich wenig, und auch das, was die Reichsversicherungsordnung für sie getan hat, kann nicht viel helfen. So bleibt nichts übrig, wenn überhaupt dieses Ziel erreicht werden soll, aus diesen Krüppeln arbeitsfähige und zufriedene Menschen zu machen, als daß der Staat mit seinen reichen Mitteln zu Hilfe kommt.

Die Debatte des heutigen Tages hat sich wieder, wie im Vorjahre, viel mit der Frage des **Geburtenrückganges** beschäftigt. Es sind für diese betrübende Tatsache die verschiedensten Ursachen genannt worden; der Vorredner hat als die Hauptgründe wirtschaftliche Gründe angegeben: schlechte Ernährung, Teuerung und dergleichen mehr. Auf den ersten Blick erscheint es auch erklärlich, daß für den Geburtenrückgang wirtschaftliche Gründe ausschlaggebend sein sollen, sie sind es aber nicht in erster Linie, dagegen spricht schon, daß dieser Geburtenrückgang seit Jahrzehnten in Frankreich eingetreten ist, zu einer Zeit, in der eine wirtschaftliche Not sicher nicht vorhanden gewesen ist, und daß sie gerade dort, wie in Deutschland, zu allererst nicht in den Kreisen der Arbeiter und des Bürgertums, sondern bei den reichen und wohlhabenden Leuten sich zeigte. Aber noch weit mehr spricht gegen diese Ansicht, daß der Geburtenrückgang nicht in denjenigen Ländern eingetreten ist, die sich in der allerschlimmsten wirtschaftlichen Lage befinden, in denen die Stellung der Frau die niedrigste ist, und in denen die Frau viel mehr arbeiten muß als bei uns, in denen die Lebensbedingungen äußerst schlecht sind, in denen vielleicht die Lebensmittel nicht so teuer sind, aber die ganze Lebensführung daher viel mühevoller ist als bei uns. Ein typisches Beispiel für diese Behauptung ist Rußland: Der Geburtenrückgang ist in denjenigen Gegenden Rußlands eingetreten, die ungefähr auf demselben Kulturniveau stehen wir wir; er ist aber nicht eingetreten in Gegenden, die in der Kultur weit zurück sind. Genau dasselbe trifft bei den Balkanstaaten zu, und deswegen muß man sagen, daß weder die wirtschaftlichen Gründe, noch die Lebensteuerung, oder das bisher nicht bewiesene Rückgehen der Gebärfähigkeit von so ausschlaggebender Bedeutung sind, wie vorher behauptet ist. Vielleicht mag das alles zusammenwirken; aber der Hauptgrund liegt in der Rationalisierung des Geschlechtslebens. Deswegen tritt der Geburtenrückgang gerade in denjenigen Ländern ein, die anspruchsvoll sind, die wir gewissermaßen als Kulturländer bezeichnen. Vielleicht spielt dabei auch ein bißchen unsere Wirtschaftspolitik eine Rolle. Wenn wir jetzt ein Staat sind, in dem Handel, Industrie, Landwirtschaft, das gesamte wirtschaftliche Leben einen so außerordentlichen Aufschwung genommen haben, wie es bei uns der Fall gewesen ist, so müssen wir dafür hinnehmen, daß auch die ganzen persönlichen Gefühle und Eigenschaften unserer Bevölkerung von Grund aus eine Aenderung erfahren haben. Demgegenüber wird der Kampf, der hier immer gegen die Unsittlichkeit angekündigt wird, nicht allzu viel Erfolg haben, ganz abgesehen davon, daß unsere heutige Bevölkerung nicht unsittlicher ist als die Bevölkerung vor 40 oder 50 Jahren. Die angebliche Vergrößerung der Unsittlichkeit ist nichts anderes, als ein leichteres Erkennen dadurch, daß sie offener hervortritt. Es ist deshalb grundfalsch, den Geburtenrückgang etwa mit einer größeren Unsittlichkeit der Bevölkerung zusammenzubringen; denn er ist zu der Zeit und bei den Ländern nicht eingetreten, wo die Bevölkerung — z. B. in Frankreich zur Zeit Ludwigs XIV. und Ludwigs XV. — recht unsittlich war. Damals hatte Frankreich über den Geburtenrückgang nicht zu klagen. Ist aber die Rationalisierung des Geschlechtslebens als Hauptursache des Geburtenrückganges anzusehen, dann sind leider die Mittel, die wir haben, um ihn aufzuhalten, nicht allzu reichlich. Wir können, was hier von allen Parteien verlangt ist — einen größeren Schutz für Mutter und Kind gesetzlich schaffen oder, wie es auch verlangt wird, für unsere Beamten und Arbeiter Besol-

dungsformen annehmen, die die **Kinderzahl berücksichtigen**. Aber das Hauptmittel wird eben sein, den Glauben der Bevölkerung zu ändern und der Ansicht zur allgemeinen Anerkennung zu verhelfen, daß für einen Staat und schließlich auch für eine Familie es vorteilhafter ist, viele Kinder zu haben, als Kinderarmut beklagen zu müssen. Solange uns das aber nicht gelingt, werden wir über die Frage des Geburtenrückganges sehr viel sprechen und schreiben, aber tatsächlich sehr wenig erreichen.

Redner betont hierauf, daß von ihm niemals geleugnet sei, daß die **Tuberkulose** bei den armen Leuten mehr vorkomme als bei den den reichen; er habe nur die Bezeichnung des Ausdruckes „Proletarierkrankheit" bestritten und müsse auch jetzt dabei stehen bleiben, daß dieses nichts anderes als eine Aufpeitschung der Massen darstelle, die dadurch in den Glauben versetzt werden sollten, daß sie wegen ihres Elends und ihrer Armut auch noch verurteilt seien, durch die Tuberkulose dahingerafft zu werden. Gewiß ist die Tuberkulose bei armen Leuten mehr verbreitet als bei reichen Leuten, gewiß sterben an Tuberkulose mehr Arme als Reiche, und gewiß gibt es einige Gewerbe, bei denen die Tuberkulose eine Berufskrankheit ist. Aber es steht fest, daß der Tuberkelbazillus bei den wohlhabenden Kreisen nicht viel weniger verbreitet ist, als in den armen Kreisen. Prof. Dr. Kruse in Leipzig hat z. B. bei scheinbar ganz gesunden wohlhabenden Personen festgestellt, daß 84,0 % dieser Personen tuberkulös infiziert waren. Die Tuberkulose ist eine der verbreitetsten Krankheiten; ihre Folgen treten jedoch bei den wohlhabenden Personen weit weniger auf als bei den armen. Selbst die Sozialdemokratie muß aber zugeben, daß die heutige bürgerliche Gesellschaft alles tut, um gerade diese Volkskrankheit zu bekämpfen (sehr richtig!); denn alle bürgerlichen Kreise sind seit Jahren mit Entschlossenheit an der Arbeit, diese Volksseuche so weit auszurotten, wie es irgend möglich ist. Es ist auch nicht zutreffend, daß die Zollpolitik als solche die Tuberkulose gefördert hat; denn in England, wo Freihandel besteht, ist sie ebenso verbreitet wie bei uns, und trotz des Schutzzolles hat die Sterblichkeit der Tuberkulose wesentlich abgenommen. Gewiß werden wirtschaftliche Dinge bei der Tuberkulose auch eine Rolle spielen, gewiß ist auch, daß schlechte Wohnungen, schlechte Ernährung und übermäßige Arbeit den Nährboden jeder Volkskrankheit abgeben; aus ihnen allein läßt sich aber die Entstehung aller dieser Volkskrankheiten nicht erklären. Wenn man sieht, was in Deutschland für die Bekämpfung der Tuberkulose gerade geschehen ist, wenn man die große Zahl der Erholungsstätten, Krankenhäuser und Fürsorgestellen, die alle dem Kampfe gegen die Tuberkulose gebaut und eingerichtet sind, unvoreingenommen würdigt, die Summen sich überlegt, die jahraus jahrein für diese Zwecke und für die Bekämpfung anderer Krankheiten ausgegeben werden, so muß man es ein Unrecht nennen, wenn dies von den Sozialdemokraten nicht anerkannt wird, und man darf sich nicht wundern, daß allmählich der Kreis derjenigen Personen, der sich an solcher charitativen Arbeit beteiligt, sich verkleinert in dem Gefühl, daß man für diese mühevolle Arbeit doch nur Hohn und Undank erntet. Die vielen Anregungen, die der Medizinalverwaltung heute gegeben worden sind, werden ihr genug Arbeit machen. Will sie alles das erfüllen, was die verschiedenen Redner von ihr verlangt haben, so wird der Herr Minister des Innern wahrscheinlich mehr Beamte verlangen müssen, als hier in diesem Etat von ihm verlangt werden. Redner schließt, indem er seiner Freude über die bisherige Tätigkeit der Medizinalverwaltung Ausdruck gibt und die Hoffnung ausspricht, daß sie auch in Zukunft für die Volkswohlfahrt weiter so Hervorragendes leisten möge wie bisher. (Bravo! bei der fortschr. Volksp.)

Ministerialdirektor Prof. Dr. **Kirchner** gibt zunächst seiner Freude darüber Ausdruck, daß H. Abg. Hirsch hier mit großer Energie betont hat, daß die Sozialdemokratie den **Geburtenrückgang** bedauere. Wenn diese Ansicht in den sozialdemokratischen Kreisen verbreitet wird, so wird das für eine Hebung der Geburtenzahl sehr nützlich sein. Die Behauptung, er hätte in der Budgetkommission den Geburtenrückgang auf die schlechte wirtschaftliche Lage zurückgeführt, sei unzutreffend; im Gegenteil, er habe festgestellt, daß der durchschnittliche standard of life unserer Bevölkerung besser ist als früher. Wenn wir die Wirkungen unserer sozialen Gesetzgebung betrachten

und erwägen, was in bezug auf Kranken-, Alters- und Invalidenversorgung der Arbeiter geschehen ist, und welche ungezählten Millionen ihnen zufließen, wenn wir in die Wohnungen der Arbeiterbevölkerung gehen, dann können wir nicht leugnen, daß sich ihre Lage nach jeder Richtung hin gehoben hat, dann können wir aber auch sagen, daß an dem Geburtenrückgang in den Arbeiterkreisen eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage nicht schuld sein kann; denn diese ist erheblich besser als vor Beginn des Geburtenrückganges, eine Tatsache, die über jeden Zweifel erhaben ist. Dafür spricht auch die über Erwarten große Steigerung des Vermögens, die sich beim Erheben des Wehrbeitrages ergeben hat, sowie der Umstand, daß in Deutschland jährlich 3½ Milliarden für alkoholische Getränke ausgegeben werden und der Verbrauch von Fleisch in den letzten Jahren erheblich gestiegen ist. Bei dem Geburtenrückgang handelt es sich eben um eine ethische Krankheit unseres Volkes, die auf ganz anderen Gebieten liegt als in einer ungünstigen wirtschaftlichen Lage. Nur wenn auf ethischem Gebiet eine Besserung eintritt, ist ein Stillstand und eine Besserung auf dem so beklagenswerten Gebiet der Geburtsverhältnisse zu erwarten.

H. Abg. Mugdan hat ferner den Wunsch ausgesprochen, daß die Zahl der **vollbesoldeten Kreisärzte** vermehrt werden möge. Zwischen der Finanzverwaltung und dem Ministerium des Innern besteht Uebereinstimmung darin, daß die Vermehrung der vollbesoldeten Kreisärste langsam, dem Bedürfnis folgend, vor sich gehen soll. In Stellen, wo die Kreisärzte wirklich voll beschäftigt sind, sollen sie auch voll besoldet werden; in jedem neuen Etat wird eine Anzahl neuer Stellen eingefordert, und ich denke, daß es mit der Zeit gelingen wird, alle vollbeschäftigten Kreisärzte vollbesoldet zu machen. Aber in jedem einzelnen Falle muß der Vollbesoldung eine sorgfältige Prüfung der Verhältnisse vorhergehen. Bei den mit Einnahmen verbundenen Nebenbeschäftigungen verschiedener vollbesoldeter Kreisärzte handelt es sich um Aufgaben, die mit ihren eigentlichen Aufgaben in engem Zusammenhange stehen. Im übrigen wird sorgfältig darüber gewacht, daß die vollbesoldeten Kreisärzte sich nicht überlasten; sie dürfen auch ohne Genehmigung des Ministers Nebenbeschäftigungen nicht übernehmen. Dadurch ist eine sichere Gewähr dafür gegeben, daß sie ihren dienstlichen Aufgaben nicht entzogen werden. Den nicht vollbesoldeten Kreisärzten kann aber die Privatpraxis und ähnliche Nebenbeschäftigung nicht entzogen werden; sie sind darauf angewiesen und kommen dadurch auch in erwünschte Beziehungen zu den Aerzten und zu der Bevölkerung. Wenn H. Abg. Mugdan den Wunsch geäußert hat, die Kreisärzte möchten künftig nicht mehr in dem Umfange wie bisher als Impfärzte angestellt werden, so möchte ich den Standpunkt des Herrn Ministers dahin präzisieren: Er denkt gar nicht daran, die praktischen Aerzte von der Beschäftigung als Impfärzte auszuschließen; dazu hat er auch gar nicht das Recht, denn die Anstellung der Impfärzte ist Sache der Kreisausschüsse. Anderseits aber würde er es im höchsten Maße beklagen, wenn man die Kreisärzte an dieser wichtigen Betätigung nicht mehr beteiligen wollte; denn die Schutzpockenimpfung ist eine der wichtigsten Aufgaben der Gesundheitspflege, und bei ihrer Durchführung hat der Kreisarzt eine erwünschte Gelegenheit, mit zahlreichen Eingesessenen des Kreises in Berührung zu kommen. Ich bitte daher dringend, es bei dem gegenwärtigen Zustande zu belassen.

Betreffs des geäußerten Wunsches, auch eine Mitteiluug über die Arbeiten zu machen, die auf dem Gebiete der **Schutzpockenimpfung** erfolgen sollen, bemerkt Redner, daß die Art der Gewinnung des jetzigen Schutzpockenimpfstoffes noch mancherlei Bedenkliches habe; es sei schwer, ihn bakterienfrei zu halten, auch zeichne er sich durch eine große Hinfälligkeit aus. Da wir nun den Erreger der Pocken und der Schutzimpfung noch nicht sicher kennen und ihn infolgedessen auch nicht in Reinkultur herstellen können, haben wir uns die Aufgabe gesetzt, ihn womöglich zweifellos festzustellen und frei von jeder Beimengung in Reinkultur zu züchten. Gelingt es, den Pockenerreger im Reagenzglase in Massen zu züchten, so bedeutet dies nach vielen Richtungen hin, nicht nur wissenschaftlich, einen gewaltigen Fortschrit. Man würde dann den Schutzpockenimpfstoff stets in der erforderlichen Menge vorrätig halten können, man würde auch übermäßige Reizungen, welche gegenwärtig noch infolge der Impfung gelegentlich entstehen, vermeiden können. Auch im Reich wird diesen Arbeiten große Aufmerksamkeit gewidmet; durch den Etat 1914 sind

50000 Mark für diesen Zweck dem Kaiserlichen Gesundheitheitsamt zur Verfügung gestellt worden. Wir haben die Arbeiten schon im vorigen Jahre begonnen, und ich kann sagen, daß sie den Erfolg versprechen.

Die vom Abgeordnetenhause angenommene Resolution betr. Bereitstellung eines staatlichen Zuschusses für **Fürsorgestellen zur Bekämpfung der Tuberkulose** hat die Staatsregierung eingehend erwogen, und sich die Frage vorgelegt, ob und in welchem Umfange ihr eine Folge gegeben werden kann. Aus bereiten Mitteln geschieht bereits manches auch von Staats wegen; gegen eine stärkere Beteiligung des Staates bestehen aber doch gewisse Bedenken, welche nicht außer acht gelassen werden dürfen. Die Tuberkulose ist leider sehr verbreitet; wir haben in Preußen, wie man wohl annehmen darf, durchschnittlich jährlich etwa 600000 solche Kranke; allen diesen Kranken mit Staatsmitteln helfen zu wollen, ist ein Ding der Unmöglichkeit. Die Staatsregierung fürchtet, daß es beim Eintreten des Staates für diese Aufgabe schwer sein könnte zu verbieten, daß dann übermäßige Mittel in Anspruch genommen werden könnten. Es wird selbstverständlich weiter geprüft werden, ob und inwieweit hier der Staat helfend eingreifen kann; denn die öffentlichen Interessen der Tuberkulosebekämpfung verkennt er nicht. In der Hauptsache wird es allerdings so bleiben müssen, wie es bisher gewesen ist, daß die öffentliche Wohltätigkeit eingreift und der Staat nur anregend und unterstützend wirke. Die Mittel, welche die öffentliche Wohltätigkeit für den Kampf gegen die Tuberkulose in Deutschland seit 20 Jahren zur Verfügung gestellt hat, sind wahrhaft ungeheuer und bewundernswert. Wir besitzen gegenwärtig über 100 Lungenheilstätten in Deutschland, welche florieren und zur Eindämmung der Tuberkulose gewaltig beitragen; wir haben an 500 Fürsorgestellen für Lungenkranke, welche die Sorge für die fortgeschrittenen Fälle der Krankheit übernehmen. Es ist daher erklärlich, daß die Tuberkulose in den letzten 30 Jahren um etwa 55 % in Deutschland zurückgegangen ist. Das ist ein großer und bedeutsamer Erfolg. Daß man in dem Kampf gegen die Tuberkulose nicht erlahmen darf, ist selbstverständlich; voraussichtlich wird es noch schneller gelingen, der Tuberkulose Herr zu werden, wenn die Bekampfungsmaßnahmen in den letzten Jahren noch besser organisiert und zusammengefaßt werden können als bisher. Daß die Tuberkulose eine Proletarierkrankheit sein soll, kann auch ich nicht zugeben. Sie ist eine übertragbare Krankheit, die sich von den Menschen aus verbreitet, die den Tuberkelbacillus in sich aufgenommen haben. Sie ist daher auch in allen Ständen verbreitet und keineswegs ausschließlich eine Arbeiterkrankheit oder gar eine Proletarierkrankheit, sondern eine Krankheit, deren Keime in jede, auch in die wohlhabenden Familien, eindringen können. Sie findet ihre Opfer im Palast wie in der Hütte. Dabei soll nicht geleugnet werden, daß gewisse Gewerbebetriebe zur Verbreitung der Tuberkulose beitragen. Sehleifereien, Steinarbeiten u. dgl. gefährden die Arbeiter, weil durch diese die Lungen aufnahmefähiger für die Tuberkelbazillen werden. Hauptsächlich aber ist es der Schoß der Familie, in dem die Krankheit Fuß faßt; alle Familien haben daher Grund, ihr mit Umsicht und Nachdruck entgegenzutreten. Daß auch unsaubere und hygienische Wohnungen zur Verbreitung der Tuberkulose beitragen, ist bekannt.

Betreffs des Wunsches, es möchte auch für die **Krüppel** mehr geschehen als bisher, bemerkt Redner, daß vor einer Reihe von Jahren in das Ordinarium des Staatshaushaltsetats ein Posten von 100000 M. eingesetzt worden ist, um die Krüppelfürsorge wissenschaftlich zu begründen und zu fördern. Diese Summe ist zwar verhältnismäßig gering, sie hat aber bereits ungemein günstig gewirkt. Es ist in der Tat in hohem Grade wünschenswert, daß wir den traurigen, vielfach aber durch verhältnismäßig leichte Eingrffie verbesserungsfähigen Existenzen, aus denen arbeitsfähige, lebensfreudige Menschen zu machen gar nicht so sehr schwer ist, mehr unsere Sorge zuwenden. Mit Freude sehen wir, daß bereits in einer Reihe von Provinzen große Krüppelheime entstanden sind; nächstens werden wir auch in Berlin ein solches Heim seine Pforten öfinen sehen. Daß da noch mehr geschieht, ist gewiß zu wünschen. Die Frage aber, ob der Staat noch mehr helfen sollte, ist nur mit der größten Vorsicht zu prüfen. Er kann nicht für alles sorgen; seine stärkere Beteiligung können wir vorläufig nicht ins Auge fassen.

Schließlich möchte ich noch eine Bemerkung machen. Abg Mugdan

hat darauf hingewiesen, daß die Medizinalverwaltung bei dem **Streit zwischen Krankenkassen und Aerzten** nicht in der Weise in die Erscheinung getreten sei, wie das wünschenswert gewesen wäre. Ich weiß aus vielfachen Unterhaltungen mit Aerzten, daß unsere Aerzte dieselbe Anschauung haben und meinen, daß der unselige Streit schneller beseitigt worden wäre, wenn die Medizinalverwaltung eingegriffen hätte. Ich kann dem gegenüber versichern, daß die Medizinalabteilung diesen Dingen von Anfang an und fortgesetzt das größte Interesse zugewandt hat. Ich darf bemerken, daß ich im Jahre 1912 auf Ersuchen des Herrn Staatssekretärs des Innern und mit Genehmigung des Herrn Ministers des Innern persönlich mit Vertretern des Deutschen Aerzteverbandes und des Leipziger Verbandes verhandelt habe; wir wären schon damals zum Abschluß des Friedens gekommen, wenn nicht diese Verhandlungen durch die Frage, inwieweit der sog. Reichsverband der Aerzte beteiligt werden sollte, gestört worden wäre. Auch im vorigen Jahre ist die Medizinalabteilung dauernd an den bezüglichen Beratungen beteiligt worden. Daß bei der schließlichen Einigung, die auf Anregung und unter Mitwirkung der Universitäten zustande gekommen ist, der Herr Minister des Innern sich nicht persönlich beteiligt hat, hat seinen Grund darin, daß die Ueberwachung der Krankenkassen Sache des Herrn Ministers für Handel und Gewerbe ist. Es ist aber damals und auch später dafür gesorgt worden, daß die Medizinalverwaltung mitgewirkt hat. Speziell bei der Beilegung der Differenz, die in Breslau zwischen Aerzten und Krankenkassen bestanden hat und zum Teil noch besteht, habe ich persönlich mitwirken dürfen. Ich möchte dies ausdrücklich sagen, damit die Beunruhigung, die in ärztlichen Kreisen bestanden hat, verschwinden möge. Die Aerzte können natürlich nicht erwarten, daß der Herr Minister und die Ministerialabteilung ihre Wünsche einseitig vertritt; sie können aber sicher sein, daß der Herr Minister, soweit er dazu in der Lage ist, als ehrlicher Makler zur Beilegung des Streites zwischen Aerzten und Kassen gern mithilft.

Abg. **v. d. Osten-Warnitz** (kons.) spricht zunächst namens seiner politischen Freunde der Befriedigung Ausdruck zu geben, daß der Frieden zwischen **Aerzten und Krankenkassen** unter Führung der Behörden Preußens und des Reiches geschlossen ist, und knüpft daran die Hoffnung, daß auch die Reste des Kampfzustandes möglichst bald verschwinden. Das liegt nicht allein im Interesse der Kassen und der Aerzte, sondern vor allen Dingen im Interesse unserer Bevölkerung, die letzten Endes am meisten unter derartigen Kriegszuständen zu leiden hat.

Auf dem Gebiete der **Krüppelfürsorge** liegen zweifellos große Notstände vor: an zahlreichen Punkten im Lande gibt es unglückliche Menschen dieser Art, die dringend einer besseren Fürsorge, als es bisher möglich war, bedürfen. Dem Vorschlag, durch Ausdehnung der Dotationsgesetze die Krüppelfürsorge, wie es mit den Geistesschwachen, den Epileptischen, Idioten usw. geschehen ist, auf die Provinzen zu übertragen, stehen ernste Bedenken entgegen. Zunächst wird es außerordentlich schwierig sein, den Begriff des Krüppels so klar zu definieren, daß er in gesetzlicher Fassung als klare Grundlage der Erweiterung des Dotationsgesetzes dienen kann. Außerdem sollte man den schon jetzt überlasteten Provinzinlverbänden keine neue Lasten auferlegen. (Sehr richtig!) Auch die Forderung staatlicher Zuschüsse für **Fürsorgestellen** zur **Bekämpfung der Tuberkulose** erscheint, so segensreich solche Institute wirken können, und so notwendig sie sind, nicht ohne Bedenken; denn es handelt sich hier um ein über den ganzen Staat verbreitetes Netz von solchen Anstalten, deren Unterstützung eine sehr erhebliche Belastung der Staatskasse verursachen würde.

Der Gegenstand der **Nahrungsmittelkontrolle** hat schon Jahre lang hindurch in den Beratungen des Hohen Hauses eine sehr wesentliche Rolle gespielt. Es ist schwierig, hier die richtige Mittelstraße zu finden. Selbstverständlich muß im Interesse der Konsumenten und der Bevölkerung für die Beschaffung gesunder Nahrungsmittel Sorge getragen werden. Aber in diesem Bestreben scheint man in der polizeilichen Ausführung doch hin und wieder zu weit zu gehen. Redner bittet deshalb im Namen seiner politischen Freunde, dafür zu sorgen, daß die Nahrungsmittelkontrolle möglichst auf diejenigen Punkte bezw. Gewerbetreibenden beschränkt bleibt, wo sie notwendig ist, damit unnötige Belästigungen der Gewerbetreibenden vermieden und die Kosten auf ein erträgliches Maß herabgedrückt werden.

Betreffs des **Geburtenrückgangs** besteht innerhalb aller bürgerlichen Parteien darüber Einigkeit, daß man parteipolitische Kämpfe auf diesem Gebiete ausschalten und ernstlich und einheitlich danach streben solle, die unserem Volke drohende eminente Gefahr nach Kräften zu bekämpfen. Es handelt sich hier nicht um eine wirtschaftliche oder politische Frage, sondern um ein Kulturproblem ersten Ranges. H. Abg. Hirsch hat nun behauptet, daß seine Partei durchaus auf demselben Boden stände, den die anderen Parteien hier vertreten; er habe wiederholt hervorgehoben, daß wirtschaftliche Momente, Zollpolitik und Preisstand der Lebensmittel eine sehr wesentliche Rolle hierbei spielten und z. T. schuld an dem Geburtenrückgang seien. Gleichzeitig hat er allerdings die merkwürdige Feststellung gemacht, daß in Frankreich bei geringem Wohlstande hohe Geburtenziffern und bei hohem Wohlstande geringe Geburtenziffern zu finden seien. Die offizielle Sozialdemokratie scheint allerdings eine Gegnerin des Geburtenrückganges zu sein und den sogenannten Gebärstreik scharf zu verurteilen. Es kann jedoch nicht bestritten werden, daß als sozialdemokratische Redner sich bezeichnende Personen im Lande herumgereist sind und Vorträge mit Lichtbildern gehalten haben, in denen die künstliche Geburtenbeschränkung empfohlen ist. Nicht wirtschaftliche Ursachen sind die Gründe für den Geburtenrückgang, sondern unzweifelhaft im wesentlichen ethische Momente; es ist ein Komplex von allen möglichen Ursachen, die sich in dieser traurigen Wirkung äußern. Es handelt sich hier um eine Kulturkrankheit, die tatsächlich mit der Kultur wächst, eine Krankheit, die alle alten Nationen durchgemacht haben und auf die schon ein alter griechischer Schriftsteller im 8. Jahrhundert v. Chr. hingewiesen hat. Die Frage ist ernst genug, daß wir alles versuchen sollten, Parteikämpfe und vorgefaßte Meinungen fallen zu lassen, wenn es sich wie hier um das Wohl unserer ganzen Nation handelt. Worte sind in dieser Sache allmählich genug gewechselt, so daß der Wunsch berechtigt ist, endlich einmal Taten zu sehen. Gewiß ist die Materie schwierig, aber bei gutem Willen wird sich schon ein Weg finden. Außer dem Verbot der Ankündigung und des Verkaufs antikonzeptioneller Mittel kommt noch die von Prof. Wolff angeregte Einsetzung einer Kommission in Frage. Es ist Gefahr im Verzuge. Jedes Jahr, jeder Monat länger verschärft die unheilvolle Tätigkeit gewissenloser Fabrikanten, die aus der Verseuchung unseres Landes ein Geschäft machen. Wenn daher nicht alsbald mit Energie eingegriffen wird, könnte man allerdings mit Recht schwarz in die Zukunft sehen. Redner ist aber überzeugt, daß unser Volk auch diese ernste schwere Gefahr überwinden wird, und zwar um so eher, wenn alle Parteien Abstand nehmen von dem Kampf des Hasses gegeneinander und dem gemeinschaftlichen Ziele zustreben: alle zusammen zum Heile des Vaterlandes unter Hintansetzung der Parteiunterschiede. (Lebhafter Beifall rechts.)

Abg. Frhr. **Reitzenstein-Pilgramsdorf** (Zentr.) will die Königliche Staatsregierung und die Mitglieder des Landtages auf einen Krankheitsherd hinweisen, der sich in seiner engeren Heimat in Oberschlesien in ziemlich ausgiebigem Maße leider noch befindet. Während es dank der fortschreitenden Landeskultur, dank aber auch der Fürsorge der Königlichen Staatsregierung im Verein mit der medizinischen Wissenschaft und der Praxis gelungen ist, diese **Malariaherde** in Preußen mit Erfolg zu bekämpfen, besteht ein solcher Herd noch in einzelnen Teilen des Kreises Pleß. Es ist ein Verdienst unseres derzeitigen Kreisarztes Herrn Dr. Malisch, der seit einigen Jahren seine amtliche Tätigkeit in Pleß ausübt und sich in seiner früheren Praxis viel mit der Malaria beschäftigt hat, darauf hingewiesen zu haben, daß ihm in seiner Tätigkeit als Kreisarzt Malariaerkrankungen zu wiederholten Malen vorgekommen sind. Er hat sich mit dieser Krankheit im Kreise Pleß näher beschäftigt und durch seine Untersuchungen festgestellt, daß es sich in der Tat um ein ziemlich ausgebreitetes Malariagebiet handelt, das zwar ziemlich eng und scharf begrenzt, aber doch immerhin einen Flächeninhalt von etwa 800 qkm mit 30 Ortschaften und 70000 Einwohnern umfaßt, und sich hauptsächlich auf die östlichen und südlichen Teile des Kreises Peeß, soweit sie in der Weichselniederung und in deren Seitentälern liegen, erstreckt. Im Jahre 1913 hat der Kreisarzt allein auf seinen Dienstreisen ohne besondere Bemühungen 100 Malariafälle angetroffen, die er durch Untersuchung von Blutproben festgestellt hat, und bei denen eine falsche Diagnose ganz ausgeschlossen ist. Auch von den anderen Aerzten ist eine ganze

Anzahl sicher festgestellter Malariafälle ihm bekannt gegeben worden. Alle diese Fälle geben aber kein vollständiges Bild über das Auftreten der Malaria; denn man muß berücksichtigen, daß die Bevölkerung in Oberschlesien sehr schwer zu bewegen ist, den Arzt aufzusuchen, und ihn nur sehr ungern kommen läßt. Es muß auch ferner noch berücksichtigt werden, daß die Bevölkerung seit altersher die Malaria ebenso genau kennt, wie ihnen der Segen des Chinins aus der Erfahrung der früheren Fälle bekannt ist. Fast in allen Orten und auf den Gutshöfen, beim Gastwirt oder beim Krämer werden daher größere Mengen von Chinin vorrätig gehalten, um sie im Bedarfsfalle abzugeben. Jedenfalls kann nach den Untersuchungen und Zusammenstellungen, die der Kreisarzt in mehreren Dörfern des Kreises vorgenommen hat, angenommen werden, daß im Durchschnitt alljährlich 2–2 1/2 % der Bevölkerung an der Malaria erkranken. Das sind doch Zahlen, die auch das Interesse der Allgemeinheit in Anspruch nehmen und der Staatsregierung Veranlassung geben sollten, gegen eine so weitgehende Schädigung der Bevölkerung in ihrem körperlichen Wohlbefinden, in ihrer Gesundheit und damit natürlich auch in ihrer wirtschaftlichen Entwickelung in wirksamer Weise vorzugehen. Redner bittet deshalb den Herrn Minister, dieser Angelegenheit seine volle Aufmerksamkeit und sein Wohlwollen zuzuwenden, sich von seinen sachverständigen Räten einen Feldzugsplan ausarbeiten zu lassen und sich bei dessen Ausführung der Bekämpfung der Malaria in weitestem Maße der Beihilfe der Lokalbehörden zu bedienen, die über die Eigentümlichkeiten und Verhältnisse der Bevölkerung genau unterrichtet und deshalb am besten in der Lage sind, etwaiges den Maßnahmen von der Bevölkerung entgegengebrachtes Mißtrauen mit Erfolg zu bekämpfen. Notwendig ist auch weitgehende Aufklärung, die durch zweisprachige Flugblätter und noch besser von Mund zu Mund erfolgt, vielleicht unter Benutzung der Schule und unter Mitwirkung der Geistlichen beider Konfessionen, die zu dieser Aufklärungsarbeit besonders geeignet seien und es auch sicherlich gern tun werden. Geht man so nach einem festen Plane bei der Bekämpfung dieses Malariaherdes vor, dann wird dieser sicherlich über kurz oder lang zum Wohle der Bevölkerung und des Staates ausgerottet sein. (Bravo! im Zentrum.)

Ministerialdirektor Prof. Dr. **Kirchner**: Der betreffende **Malariaherd** ist dem Herrn Minister schon seit längerer Zeit bekannt. Der Herr Regierungspräsident in Oppeln hat eingehend über die Malaria im Kreise Pleß berichtet, und der Herr Minister daraus Veranlassung genommen, den Kreisarzt des Kreises in das hiesige Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ kommen zu lassen, damit er in einem Kursus mit den Methoden bekannt wurde, um die Krankheitserreger im Blute zu entdecken. Er ist mit einem Mikroskop ausgerüstet worden. Weil dem Herrn Minister mitgeteilt wurde, daß der Malariaherd im Kreise Pleß auch nach Oesterreich hinübergreift, hat er durch das Auswärtige Amt die österreichischen Behörden darauf aufmerksam machen lassen. Sie sehen, daß der Herr Minister bereits eingegriffen hat. Wenn der Herr Abgeordnete aber der Ansicht ist, daß noch mehr geschehen sollte, so werde ich das dem Herrn Minister vortragen und ihn eventuell bitten, an Ort und Stelle einen Kommissar zu senden, um mit den örtlichen Behörden zu prüfen, was etwa noch weiter geschehen kann. (Bravo!)

Abg. Dr. **Lohmann** (natl.) bringt zunächst eine aus den Kreisen der Kreisärzte zugegangene Klage vor, daß die **Kreisarztstellen** nicht mehr öffentlich ausgeschrieben würden, sondern nur noch die Kreisassistenzarztstellen. Es klagen gerade ältere Herren darüber, daß ihnen eine Bewerbung um ihnen zusagende Stellen auf diese Weise unmöglich gemacht wird, und bitten um Abhilfe.

Die dringende Gefahr, die in der Erscheinung des **Geburtenrückganges** liegt, ist im Lande nicht genügend bekannt; die Medizinalverwaltung würde sich deshalb ein großes Verdienst erwerben, wenn sie etwa durch eine populär gehaltene Schrift die maßgebenden Zahlen in die Bevölkerung hineintragen würde. Nachdem wir vom Jahre 1876, in dem wir auf den Höhepunkt der Geburtenziffern in Deutschland angekommen waren, langsam sukzessive bis 1904 in unserer Geburtenziffer heruntergegangen sind, hat von 1904 bis zur Jetztzeit ein progressiv außerordentlich starkes Fallen in den Ziffern stattgefunden, während die Eheziffer konstant geblieben und die

Sterblichkeitsziffer langsam und gleichmäßig auf 15,49 im Jahre 1912 gesunken ist, da die Abnahme der Sterblichkeitsziffer aber ihre Grenze hat, so kann man berechnen, daß wir, wenn der jetzige Zustand sich so weiter entwickelt, in 20 Jahren pari stehen werden und eine Volksvermehrung in Deutschland nicht mehr stattfindet, daß wir also den französichen Zustand bald erreichen werden. Wird diese Tatsache der Bevölkerung ausreichend bekannt, dann wird man auch die Gefahr erkennen und das Verantwortlichkeitsgefühl der Bevölkerung dieser Gefahr vielleicht Herr werden. Wie weit wir in der Beschränkung der Kinderzahl schon gekommen sind, zeigt Schöneberg, wo sie auf 12 °/oo, also weit unter der Pariser Ziffer gesunken ist. Von den Gründen dieser gefährlichen Erscheinung ist die stärkere Beschäftigung der Frauen im Erwerbsleben nicht genügend hervorgehoben. Wir haben jetzt 9 Millionen erwerbstätige Frauen, und daß bei dieser ungeheuren Zahl die Geburtenziffer ganz von selbst sinken muß, ist vollkommen klar. Ein weiterer Grund ist, daß es in den Großstädten kinderreichen Familien durch die Härte des Vermieters geradezu unmöglich gemacht wird, eine passende Wohnung zu finden. Die wesentlichsten, am meisten zu Buch schlagenden Gründe sind aber die Genußsucht, Bequemlichkeit, erhöhte Ansprüche an die Lebenshaltung, die in allen Kreisen der Bevölkerung in geradezu erschreckender Weise wirksam sind. Not und Elend bilden in den Arbeiterkreisen keineswegs die Ursache, ist doch in Berlin die Geburtsziffer seit 1876 von 46 °/oo auf 20 °/oo gesunken, während in derselben Zeit die Lebenshaltung der Arbeiter nicht nur absolut, sondern relativ erheblich gestiegen ist. Die Arbeiterschaft hat sich vielmehr als eine sehr gelehrige Schülerin der schlechten Sitten der oberen Zehntausend erwiesen; sie hat das Vorbild besser nachgeahmt, als die oberen Zehntausend es vorgemacht haben. Die allerbedauerlichste Erscheinung auf dem Gebiete, der Gipfel der perversen Empfindungen ist wohl der, daß junge Eheleute heiraten, auch aus ökonomisch gut situiertem Stande, die fest entschlossen sind, überhaupt keine Kinder zu haben. Es kommt das leider nicht allzu selten vor. Diese Unnatur ist dabei in der Beziehung auf seiten der Frau noch viel größer als auf seiten des Mannes. Eine solche Frau, die vielleicht auf 5 oder 10 Jahre verhindert, daß sie Mutter wird, verdient überhaupt niemals Mutter zu werden. Es ist traurig, daß eine solche Erscheinung möglich ist.

Daß auch die Konfession bei dem Geburtenrückgang eine gewaltige Rolle spielt, läßt sich nicht leugnen; denn wenn man objektiv die gesamten Zahlen ansieht, so ist es leider nicht zweifelhaft, daß die evangelische Kirche und die evangelischen Bevölkerungskreise dieser bedauerlichen Erscheinung nicht so starken Widerstand geleistet haben wie die katholische Kirche und katholische Kreise. Es ist allerdings zweifelhaft, ob die katholische Kirche dauernd in der Lage sein wird, dem Geburtenrückgang diejenigen Hemmnisse entgegenzusetzen, wie es an sich für die Allgemeinheit wünschenswert wäre. Insbesondere die farblose Schundpresse der Großstadt preist die antikonzeptionellen Mittel immer wieder an und lenkt die Aufmerksamkeit der Bevölkerung auf diese Dinge. (Sehr richtig!) In Hagen i. W. ist z. B. ein Mann wegen Verdachts, Aborte gewerbsmäßig eingeleitet zu haben, inhaftiert, die Postsperre über seinen Briefwechsel verhängt und dabei nun festgestellt, daß täglich über hundert Briefe bei ihm ankommen, in denen antikonzeptionelle Mittel verlangt werden, (hört, hört!) überwiegend von Frauen geschrieben, und von diesen wieder ganz überwiegend von Frauen aus den allerkleinsten erwerbtreibenden Bevölkerungskreisen, Arbeitern, Kleinbauern, Handwerker usw. Es ist ganz selbstverständlich, daß das nicht möglich sein würde, wenn die Leute nicht durch das tägliche Lesen solcher Zeitungen auf das Gift aufmerksam gemacht würden. — Es ist wohl Tatsache, daß die Verhinderung der Empfängnis vielleicht stärker beiträgt zu dem Rückgang der Geburtenziffer, als der künstliche und unberechtigte Abort. Aber es ist leider Tatsache, daß man die Zahl der kriminellen Aborte in ganz Preußen auf 400000 jährlich schätzt. (Hört, hört!) Das bedeutet natürlich nicht nur die Verringerung der Geburten für das eine Jahr, sondern bewirkt in vielen Fällen auch die Verringerung der Geburtsfähigkeit für die nächsten Jahre. Es ist auch in Aerztekreisen, vor allem der großen Städte, vereinzelt die Neigung hervorgetreten, **zu dem künstlichen Abort** leichter zu greifen, als eigentlich nach den Regeln ärztlicher Kunst und Gewissenhaftigkeit erlaubt sein sollte. Es soll sogar das

Wort von der „sozialen Indikation zum Abort" geprägt worden sein, also aus der sozialen Lage die Berechtigung zum Abort herzuleiten. Das ist eine schiefe Ebene, auf der es kein Halten mehr gibt. — Daß auf dem Wege der Reichsgesetzgebung verhütet werden solle, daß die antikonzeptionellen Mittel in dieser markschreierischen Weise angepriesen und der Bevölkerung nahe gebracht werden, ist jedenfalls freudig zu begrüßen; ob wir aber viel damit erreichen, steht dahin. Auf dem Wege der Gesetzgebung auf dieser Bahn Umwälzendes zu erreichen, scheint unmöglich; das Beispiel der lex Papia Poppaea im alten Rom hat ja gezeigt, daß man gesetzgeberisch diesen Dingen dauernd nicht beikommen kann. Wirksamer erscheint ein Appell an unsere Bevölkerung unter Aufklärung über den Ernst der Lage, der ihr bisher nicht genügend zum Bewußtsein gekommen ist; dann wird sie sich besinnen und der Geburtenrückgang, wenn auch nicht verschwinden, so doch sicherlich geringer werden. (Bravo! bei den Nationalliberalen.)

Ministerialdirektor Prof. Dr. **Kirchner:** Der Herr Vorredner hat darauf hingewiesen, daß unter den Aerzten vielfach die Neigung zur **künstlichen Herbeiführung eines Aborts** bestehe, wenn keine Gefahr für Gesundheit und Leben vorhanden sei, also etwas zu tun, was sie mit ihrem Gewissen nicht verantworten können. Die Mitteilungen, die wir von den Aerztekammern und von den provinzialen Medizinalkollegien bekommen haben, und die Berichte, die der Herr Minister sonst noch eingefordert hat, haben ergeben, daß seitens der weiblichen Bevölkerung in der Tat an viele Aerzte merkwürdige Ansinnen gestellt werden (hört, hört!), und daß eine große Charakterfestigkeit und große Widerstandsfähigkeit bei den Aerzten dazu gehört, wenn sie dem den nötigen Widerstand entgegensetzen. Frauen aus allen Ständen verlangen, auch wenn für sie keine Gefahr für Gesundheit und Leben von einer Schwangerschaft besteht, daß der Arzt die Schwangerschaft unterbreche. (Hört, hört!) Ich kann aber zur Ehre des Aerztestandes sagen, daß solche Ansinnen zurückgewiesen werden, und darf hinzufügen, daß der ärztliche Ehrengerichtshof eine Entscheidung dahin getroffen hat, daß Aerzte, wenn sie aus einem solchen Grunde heraus sich willfährig zeigen sollten, unnachsichtig Bestrafung zu gewärtigen haben. (Bravo!) Ist wirklich eine Gefahr für Gesundheit und Leben vorhanden, dann ist es natürlich nötig, die Schwangerschaft zu unterbrechen. Aber auch in der Abgrenzung dieser Fälle sind die wissenschaftlichen Gremien und die Aerztekammern außerordentlich streng. Ich kann darauf hinweisen, daß vor einiger Zeit ein angesehener Geburtshelfer die Tuberkulose der Frau als Indikation hingestellt hat, um die Schwangerschaft zu unterbrechen; man ist aber jetzt einig darüber, daß nur eine sehr fortgeschrittene Tuberkulose, die das Leben gefährdet, die Schwangerschaft für die Frau gefährlich macht; daraus darf man jedoch nicht die Berechtigung herleiten, bei jedem Fall von Tuberkulose einer Frau die Schwangerschaft zu unterbrechen.

Einzelberatung.

Abg. **Stanke** (Zentr.): In Oberschlesien besteht für Zwecke der Nahrungsmitteluntersuchungen nur das **Hygienische Institut** in Beuthen, dem 7 Kreise zugewiesen, und das **Nahrungsmitteluntersuchungamt** in Oppeln, für die weiteren 14 Kreise. Das ist zweifellos zuviel; deshalb empfiehlt sich die Errichtung eines dritten Untersuchungsamtes und zwar in Ratibor, wo die Stadt bereit ist, ein solches auf eigene Kosten einzurichten. Im Interesse des öffentlichen Wohles ist ein solches Anerbieten der Stadt vernünftigerweiese doch nur zu begrüßen, zumal Ratibor Grenzstadt und infolgedessen Sitz eines Hauptzollamtes, sowie Einfuhrstelle für ausländisches Fleisch, Fett, Wein ist. Deshalb wünschen auch Steuer- und Eisenbahnbehörden ein solches Amt in Ratibor. Im Regierungsbezirk Breslau erfreuen sich kleinere Städte als Ratibor, z. B. Reichenbach, Glatz und Waldenburg, schon lange dieses Vorteils. Auch die beabsichtigte Neuregelung des Nahrungsmitteluntersuchungsgesetzes durch das Reich legt es nahe, in Oberschlesien für eine bessere Verteilung der Untersuchungsanstalten zu sorgen; Redner bittet deshalb, daß eine solche in Ratibor in der nächsten Zeit eingerichtet werde. (Bravo! im Zentrum.)

Ministerialdirektor Prof. Dr. **Kirchner:** Das **Hygienische Institut** in Beuthen ist im Anschluß an die große Typhusepidemie im Jahre 1900 im oberschlesischen Industriebezirk und zwar in einem von der Stadt erbauten Hause, das sogar jetzt noch vergrößert ist, wofür wir der Stadt zu Dank ver-

pflichtet sind. Die Regelung der **Nahrungsmitteluntersuchungskontrolle** im Regierungsbezirk Oppeln steht dagegen auf einem anderen Brett. Vor einer Reihe von Jahren hat sich der Herr Minister an verschiedene Städte mit der Anfrage gewendet, ob sie bereit wären, Nahrungsmitteluntersuchungsämter zu gründen, auch an die Stadt Ratibor, die damals abgelehnt hat. Es ist dann ein Untersuchungsamt in Oppeln gegründet worden. Als sich herausstellte, daß das Untersuchungsamt in Oppeln den Anforderungen nicht mehr entsprechen konnte, ist ein Teil der Nahrungsmitteluntersuchung auf das Hygienische Institut in Beuthen übertragen worden. Gegenwärtig im Regierungsbezirk Oppeln noch ein drittes Nahrungsmitteluntersuchungsamt zu errichten, ist nicht zu empfehlen, weil dieses Institut zu wenig zu tun hätte; dazu ist der Kreis der Aufgaben zu klein. Was den Import von Nahrungsmitteln betrifft, so werden in Ratibor wesentlich nur Fleisch und Wein eingeführt, und auch diese nicht in ausreichender Menge, um ein Institut in Ratibor ausreichend zu beschäftigen. Es liegt im Interesse der Nahrungsmittelkontrolle, daß die Zahl der Aemter nicht zu groß ist, weil sonst jedes einzelne Amt nicht genügend Arbeit zu leisten hat. Ich möchte daher bitten, sich hierbei zu beruhigen; die Stadt Ratibor wird gut tun, auf ein solches Amt zu verzichten.

Abg **Haenisch** (Soz.) bemängelt die Anwendung des **Impfgesetzes** durch die preußischen Behörden bei einer Tochter des Gymnasiallehrers Prof. Mirus in Dortmund. Trotz des Vorliegens eines ärztlichen Zeugnisses, in dem bescheinigt war, daß das Kind an allgemeiner größerer Körperschwäche, Blutarmut, Skrofulose, auch der Knochen, sowie an einem chronischen, über die ganzen Lungen verbreiteten Bronchialkatarrh litt, versuchte die Behörde, die zwangsweise Impfung durchzuführen. Schließlich wurde das Kind von der Schule verwiesen, weil es nach der Behauptung der Behörde eine Gefahr für ihre geimpften Mitschülerinnen darstelle. Auffallenderweise wurde aber dem Vater nahegelegt, sein Kind nunmehr in der Volksschule unterzubringen; man nahm also an, daß das Kind hier für seine Mitschülerinnen keine Gefahr bilde. Wenn diese Tatsache stimmt, dann würde dies nicht nur als ein im höchstem Maße ungehöriger Vorgang, sondern geradezu als ein Skandal schlimmster Art bezeichnet werden müssen. (Sehr richtig! bei den Soz-Dem.) Es gibt doch nur zweierlei: Entweder besteht eine Gefahr, daß ein nicht geimpftes Kind für die geimpften Kinder gefährlich werden kann, dann ist es aber für die Mädchen der höheren Klasse ebenso gefährlich wie für die Volksschülerinnen, oder es besteht eine solche Gefahr nicht, dann hat die Verweisung von der höheren Schule erst recht keine Spur irgendwelcher inneren Berechtigung. Vom juristischen Standpunkte aus sind sämtliche Kommentatoren des Impfgesetzes darin einig, daß ein nicht geimpftes Kind wegen der Tatsache der Nichtimpfung von der Schule nicht verwiesen werden darf. In medizinischer Hinsicht hat Prof. Mirus nicht weniger als 17 ärztliche Gutachten eingefordert; alle sind übereinstimmend zu dem Resultat gekommen, daß auch nicht die leiseste Spur einer Gefahr für die anderen Kinder vorliege, wenn ein ungeimpftes Kind die Schule besuche. Zum Schluß frägt Redner, wie sich die preußische Regierung bezw. die Vertreter der Königlich preußischen Regierung im Bundesrat zu der von Aerzten vielfach gegebenen und auch vom Reichstag aufgenommenen Anregung stellen, es solle eine paritätische aus Impffreunden und Impfgegnern bestehende Kommission zusammentreten, um den ganzen mit der Impfung zusammenhängenden Fragenkomplex eingehend und kritisch noch einmal wissenschaftlich zu erörtern? Außerdem bittet er um Auskunft, wie sich die preußische Regierung zu der von ärztlicher Seite in Preußen in letzter Zeit wiederholt gegebenen Anregung, gleich England die sogenannte Gewissensklausel in das Impfgesetz hineinzubringen?

Ministerialdirektor Prof. Dr. **Kirchner:** Auf die beiden Fragen werde ich als Bundesratskommissar im Reichstag gelegentlich der Besprechung der Besprechung der impfgegnerischen Petitionen antworten, da sich die Fragen auf das **Reichsimpfgesetz** beziehen und demzufolge vor dem Reichstag gehören. Was die Frage des Prof. Mirus betrifft, so ist mir dieser Fall bekannt. Prof. Mirus gehört zu den überzeugten Impfgegnern und hat es fertig gebracht, zu verhindern, daß seine Kinder in der Jugend geimpft worden sind. Das wurde merkwürdigerweise aber erst bekannt, als seine Tochter in eine höhere Lehranstalt kommen sollte. Pflichtmäßig, entsprechend dem Impfgesetz, verlangte der Anstaltsvorsteher die Vorlegung eines Impfattestes. Dazu

war Prof. Mirus nicht in der Lage. Er legte statt dessen ärztliche Atteste behufs Erlangung der Impfbefreiung vor. Die Namen der Aerzte, die der Herr Vorredner vorgetragen hat, sind uns alle genau bekannt. Diese Herren sind die überzeugtesten Impfgegner, die es im Deutschen Reiche gibt, und stellen sehr viele Impfbefreiungsatteste aus. Die Polizei ist nun durch das Impfgesetz verpflichtet, in Fällen, die zweifelhaft sind, die Untersuchung des betreffenden Kindes durch den zuständigen Impfarzt anzuordnen. Die Atteste der impfgegnerischen Aerzte, die sich Jahr für Jahr wiederholen, in einem Fall sogar für drei Jahre ausgestellt wurden, mußten selbstverständlich der Polizeibehörde zweifelhaft erscheinen. Es wurde daher mit Recht angeordnet, daß das betreffende Kind durch den zuständigen Impfarzt untersucht werden sollte. Darauf wollte Prof. Mirus nicht eingehen. Die Impfgegner behaupten immer, wir, die Reichs- und die Königliche Staatsregierung, die Gerichte und wer weiß, wer sonst noch, brächen immer das Impfgesetz von 1874; allein sie selbst setzen sich kaltlächend über jede Bestimmung des Impfgesetzes hinweg. Wenn das Impfgesetz vorschreibt, daß in zweifelhaften Fällen die Impffähigkeit des Kindes durch den Impfarzt festgestellt werden muß, dann muß sich dem jeder Staatsangehörige unterwerfen. Das hat Prof. Mirus nicht tun wollen. Nun hat der Vorsteher der Schule pflichtgemäß gesagt: „Wenn das Attest nicht vorgelegt wird, daß das Kind geimpft ist, kann es nicht aufgenommen werden.“ Die Sache ist auf dem Beschwerdewege an den Herrn Kultusminister gekommen. Dieser hat entschieden nach Anhörung der Medizinalverwaltung.

Die zweite Frage ging dahin, ob ein nicht geimpftes Kind eine Gefahr für die anderen Kinder ist und die schwarzen Pocken übertragen kann. Ja, die Frage ist doch ganz klar. Ein gesundes Kind, das nicht geimpft ist, kann, solange es keine Pocken hat, selbstverständlich andere nicht mit Pocken anstecken. Der Grund, weshalb das Impfgesetz vom 8. April 1874 in § 1 Ziffer 2 die Impfung vorgeschrieben hat und weiter vorschreibt, daß jeder Zögling einer öffentlichen Lehranstalt oder einer Privatschule im 12. Lebensjahre wieder geimpft werden und daß der Vorsteher einer Lehranstalt, in die Schüler aufgenommen werden sollen, sich überzeugen muß, daß sie das Zeugnis beibringen, ist der: Wenn in einem Ort Pocken eingeschleppt werden, so ist jedes nicht geimpfte Kind eine Gefahr für seine Umgebung, weil es erfahrungsgemäß leichter von Pocken befallen wird als andere. Der Staat hat die Pflicht, dafür zu sorgen, daß seine Bürger vor solchen Schädigungen bewahrt bleiben. Weil nachgewiesen ist, daß ungeimpfte Kinder eine solche Gefahr bilden; deshalb wird in dieser Weise verfahren.

Was die Volksschule betrifft, auf die durch einen Zwischenruf hingewiesen wurde, so ist die Sache folgendermaßen: Die höheren Schulen werden von Kindern besucht, die freiwillig eine höhere Ausbildung suchen; für die Volksschule besteht dagegen Schulzwang. Wir können die Kinder, die die Volksschule besuchen, nicht wegschicken; denn es besteht Schulzwang bis zu einem bestimmten Lebensalter. Die Kinder, die die Impfung nicht nachweisen und sich nicht wieder impfen lassen, werden, wie das Gesetz bestimmt, dazu veranlaßt. Auch bei dem Eintritt von Kindern über 12 Jahre in eine Volksschule wird geprüft, ob sie mit Erfolg wiedergeimpft sind, genau so wie beim Eintritt in eine höhere Schule.

Abg. Schaefer-Goldberg (kons.): In weiten Kreisen der Apotheker hat es viel Unmut und Sorge erregt, daß die von ihnen erbetene Verleihung des **gesetzlichen Umlagerechtes** für die **Apothekerkammern** noch immer nicht erfolgt sei, obwohl es alle anderen ähnlichen Kammern, wie z. B. die Aerzte-, Anwalts-, Handels- usw. Kammern besitzen. Unter dem Fehlen dieses Umlagerechts haben die Apothekerkammern seit ihrem Bestehen gelitten; denn sehr viele der Kammermitglieder entziehen sich der moralischen Pflicht, die Beiträge zu leisten, zumal sie deshalb keines ihrer Rechte an der Kammer verlieren. Nach den auf Anlaß des Herrn Ministers darüber angestellten Erhebungen ist die Zahl der nicht zahlenden Apotheker von 73 % im Jahre 1906 auf 59 % im Jahre 1913 gesunken; im Westen liegen die Verhältnisse etwas günstiger, hier beträgt die Ziffer 70,0 %, im Osten stellt sie sich dagegen wesentlich ungünstiger und sinkt in Pommern auf 42 %, in Posen auf 41 %, in Schlesien auf 39 % und in Brandenburg mit Berlin sogar auf 32 %. Die

Apothekerkammern können infolgedessen die notwendigen Unkosten für Tagegelder, Reisekosten der Kammermitglieder, Erstattung der erforderlichen Drucksachen usw. nicht mehr bezahlen und sind vielfach wegen Mangel an Mittel nicht mehr in der Lage, die erforderlichen Sitzungen abzuhalten. Dazu kommt, daß die Apotheker, sobald sie Apothekenbesitzer geworden sind, ihre Firmen in das Handesregister eintragen und damit zwangsweise zu den Handelskammern Beiträge zahlen müssen, obwohl diese ihre Standesinteressen naturgemäß nicht so vertreten können, wie die eigenen Kammern. Ebenso wie jetzt in Elsaß-Lothringen der Apotherkammer das Umlagerecht bewilligt worden ist, sollte ihr dieses auch in Preußen zugestanden werden. Redner bittet, den Wünschen der Kammern Gehör zu schenken und ihnen nunmehr das Umlagerecht zu verleihen, damit sie ihre Pflichten erfüllen können. (Bravo! rechts)

Abg. v. **Bülow**-Hemburg (natl.) kann sich den Ausführungen des Vorredners bezüglich der Gewährung des **Umlagerechts** der **Apothekerkammern** nur vollständig anschließen. Auch in der Provinz Hessen-Nassau ist die Zahl der nichtzahlenden Apotheker von Jahr zu Jahr gesunken, im Jahre 1912 sogar um 9 %. Die Nichtzahlung beruht auch nicht auf Nachlässigkeit, sondern auf absichtliche Verweigerung. Ohne Gewährung des Umlageerhebungsrechtes sind die Kammern zweifellos vielfach nicht in der Lage, weiter ihren Standeserfordernissen nachzukommen, da sie Mitgliedern, die ihren Verpflichtungen nicht nachkommen, machtlos gegenüberstehen. Es ist dringend notwendig, daß hier ein Wandel geschieht. Redner bittet deshalb ebenfalls die Königliche Staatsregierung, nach dieser Richtung hin gesetzgeberisch vorgehen zu wollen. (Bravo! bei den Nat.-lib.)

Geh. Reg.-Rat Dr. **Saenger:** Es ist ein Irrtum, wenn es vorhin so dargestellt wurde, als wenn die **Apothekerkammern** gegenüber anderen Berufsvertretungen besonders schlecht dadurch gestellt wären, daß sie ein **Umlagerecht** nicht haben. Ein derartiges Umlagerecht haben weder die Tierärztekammern noch die Zahnärztekammer; auch die Aerztekammern haben es ursprünglich nicht gehabt, sondern es erst bekommen, als die Ehrengerichtsbarkeit eingeführt wurde und damit die Notwendigkeit entstand, die Deckung der hierdurch entstehenden Kosten zu sichern. Die Staatsregierung ist davon ausgegangen, daß das eigene Standesbewußtsein der Apotheker hinreichen müßte und hinreichen werde, um die Zahlung der Beiträge sicher zu stellen. Diese Ansicht ist auch von den Apothekern geteilt, die s. Z. vor Erlaß der betreffenden Königl. Verordnung über die Bildung von Apothekerkammern gehört sind. Der jetzt eingetretene Rückgang der Beiträge ist im wesentlichen darauf zurückzuführen, daß die sogenannten konditionierenden Apotheker die Zahlung nicht leisten, weil ein großer Teil von ihnen das Gefühl hat, daß seine Interessen von der Apothekerkammer nicht so vertreten werden, wie sie es wünschen. Es wird also Sache der Apothekerkammern selbst sein, das Interesse der Gehilfen an den Kammern wieder zu beleben, so daß auch diese bereit sind, Opfer für die Kammern zu bringen. Jedenfalls ist der Prozentsatz der Apothekenbesitzer, der sich an der Beitragzahlung beteiligt, noch durchaus genügend. Es hat sich ferner gezeigt, daß dort, wo zweckmäßige Zahlungserleichterungen getroffen werden, beispielsweise durch Beilegung von Zahlkarten, die Zahlungen besser eingehen als bei den Kammern, wo dies nicht geschieht. Alles das beweist, daß es in erster Linie Sache der Apothekerkammern selbst sein muß, durch zweckmäßige Maßregeln und durch Belebung des Standesbewußtseins und des Interesses für die Apothekerkammern die Zahlungspflichtigen zur Leistung der Zahlung anzuhalten. Eine Schlechterstellung der Apothekerkammern gegenüber den anderen Kammern, wie die Tierärzte- und Zahnärztekammer, liegt nicht vor; denn diese besitzen das Recht der Beitreibung der Beiträge im Verwaltungszwangsverfahren nicht.

Besprechungen.

Das Gesundheitswesen des Preussischen Staates im Jahre 1912. Im Auftrage Seiner Exzellenz des Herrn Ministers des Innern bearbeitet in der Medizinal-Abteilung des Ministeriums. Verlag von Richard Schoetz in Berlin Gr. 8, 504 Seiten und 48 Seiten Tabellen. Preis für Königliche Behörden und Medizinalbeamte 8,20 M. (Min.-El. vom 11. Dezember 1913.).

Wie im Vorjahre angekündigt, ist der Bericht über das Jahr 1912

pünktlich am Ende des Jahres 1913, also viel früher als die Jahresberichte bis 1910 erscheinen, allerdings unter Verzicht auf die gleichzeitige Veröffenthichung einiger weniger wichtiger Tabellen und statistischer Uebersichten. Die drei im Bericht für 1911 fehlenden Uebersichten über Zahl, Größe und Frequenz der Heilanstalten, die in allgemeinen Heilanstalten Behandelten sind in den vorliegenden Tabellen aufgenommen. Die für 1912 in Betracht kommenden noch ausstehenden Uebersichten werden in der nächsten Ausgabe veröffentlicht werden.

Die Gesundheitsverhältnisse des Jahres 1912 waren im allgemeinen gute, in mancher Beziehung sogar günstiger als in den vorhergehenden Jahren.

So betrug die Gesamtsterblichkeit nur 15,49 auf 1000 Einwohner gegenüber 17,21 im Jahre 1911; sie war also niedriger als jemals bisher. Diese geringe Sterblichkeit bedingte einen höheren Bevölkerungszuwachs als im Vorjahre, indem der Ueberschuß der Lebendgeborenen über die Gestorbenen 549 940 betrug, 57 577 mehr als im Jahre 1911. Trotzdem hat er aber infolge der zunehmenden Geburtenrückganges die Ueberschußziffern der früheren Jahre noch nicht wieder erreicht. Die Geburterziffer betrug nämlich 1912 nur 28,88 Lebendgeborene auf 1000 Einwohner (1911: 29,36, 1910: 30,83, 1909: 32,00, 1901: 36,52); sie war am größten in Westpreußen (35,97), am kleinsten in Berlin 19,93). Die Sterblichkeit war dagegen am größten in der Provinz Schlesien (18,75), und am niedrigsten im Landespolizeibezirk Berlin 13,06.

Die Säuglingssterblichkeit betrug 145,77 auf 1000 Lebendgeborene im ersten Lebensjahre berechnet im Jahre 1912, gegenüber 187,71 im Jahre 1911 und 157,87 im Jahre 1910. Die wesentliche Abnahme ist wohl in erster Linie auf die kühlen Sommertemperatur zurückzuführen, dann aber auch auf die Fürsorgebestrebungen. Besonders niedrige Prozentzahlen hatten die Kreise Gelnhausen (4,7 %), Schmalkalden (5,1 %), die höchsten Labiau (24, 3 %), und Heydekrug (34,6 %), für die unehelichen Kinder der Standesamtsbezirk Dirschau-Stadt (72,5 %).

Von gemeingefährlichen Krankheiten wurden nur Pocken und Fleckfieber vom Auslande eingeschleppt; einer bedenklicheren Ausbreitung wurde vorgebeugt.

Die übrigen übertragbaren Krankheiten traten in geringerer Verbreitung als im Vorjahre auf, nur für Keuchhusten, Masern und Röteln war eine geringe Zunahme festzustellen. Die Sterblichkeit auf 1000 Lebende berechnet betrug bei Masern und Röteln 1,46, bei Keuchhusten 2,30, bei Diphtherie 2,09, bei Scharlach 1,04, bei Tuberkulose 14,58, bei Typhus 0,38. Bei allen Infektionskrankheiten war eine Abnahme der Sterblichkeitsziffern zu bemerken.

Größere Typhusepidemien traten im Arnsberger Bezirk, ferner in Hanau und Elbing auf, die aber an Umfang hinter den Typhusepidemien des Jahres 1911 weit zurückblieben. Die Erkrankungsziffer an Typhus mit 11 353 ist sogar die niedrigste der bisher beobachteten Typhusziffern. In Hanau kam es zu einer 229 Erkrankungen umfassenden Epidemie in dem dort liegenden Eisenbahn-Regiment.

Auf allen Gebieten der öffentlichen Gesundheitspflege wurden wiederum bedeutsame Fortschritte erzielt.

Das Werk, das in keiner Registratur des Kreisarztes fehlen darf, enthält reichliches interessantes Material. Dr. Räuber-Erfurt.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. Die Kommission zur Beratung des Gesetzentwurfes betr. der **Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige hat beschlossen,** daß der Sachverständige eine Entschädigung bis zu 3 Mark für jede angefangene Stunde erhalten soll, während der Regierungsentwurf nur 2 Mark vorgesehen hatte. Wenn die Leistung besonders schwierig ist, so darf der Betrag bis zu 6 Mark für jede angefangene Stunde erhöht werden. Die Bestimmung, daß dem Sachverständigen die übliche Gebühr nur auf Verlangen zu zahlen sei, wurde gestrichen; sie soll für alle Fälle gezahlt werden, in denen ein Anspruch besteht.

Die Abg. Dr. Becker-Hessen (b. k. Fr.), Dr. Gerlach (Ztr.), Dr. Schatz (Els.-Lothr.) und Dr. Struve (f. Vp.) haben folgende kurze Anfrage eingebracht:

Durch die politische Tages- und medizinische Fachpresse geht die Nachricht, daß durch die Behandlung Syphilitischer mit **Salvarsan** (Ehrlich-Hata 606) bereits mehrere hundert Todesfälle vorgekommen seien und daß diese Behandlungsweise schwere, teils dauernde, teils vorübergehende Gesundheitsschädigungen im Gefolge gehabt habe. Ist der Herr Reichskanzler in der Lage und bereit, darüber Auskunft zu geben: 1. Ob diese Nachrichten auf Wahrheit beruhen? 2. Ob das Salvarsan sich im freien Verkehr befindet? 3. Ob die im Salvarsan enthaltene Arsenmenge um das Mehrfache die Maximaldosis für Arsen, wie sie in der Pharnakopoe festgelegt ist, übersteigt? 4. Ob die Todesfälle und Gesundheitsbeschädigungen auf das im Salvarsan enthaltene Arsen zurückzuführen sind? — Inzwischen hat bereits der preußische Kultusminister auf einer Anfrage in der Budgetkommission des Abgeordnetenhauses erklärt, daß es sich hier um eine neue private Polemik eines alten Gegners dieses Heilmittels, des Polizeiarztes Dr. Dreuw in Berlin, handele, mit der die amtlichen Stellen nichts zu tun hätten. Die größere Anzahl der beteiligten Aerzte und Forscher sei von der guten Wirkuug des Salvarsans überzeugt. Es sei auch kein Anlaß zu einer veränderten Stellungnahme vorhanden; besonders könne man Geheimrat Dr. Ehrlich keinen Vorwurf über eine zu frühe Veröffentlichung seines Mittels machen.

Am 10. Februar d. J. hatte in Berlin (Reichsamt des Innern) eine Besprechung über die Ausführungsbestimmungen der zwischen **Aerzten und Krankenkassen** vereinbarten Bestimmungen vom 23. Dezember v. J. stattgefunden, an der außer den Vertretern der Aerzte und Krankenkassen auch Vertreter des Reichsamts des Innern, der preußischen Ministerien für Handel usw., des Inneren (Medizinalverwaltung), für Landwirtschaft, Domänen und Forsten, sowie des Württembergischen und Badischen Ministeriums des Innern teilgenommen haben, die zu einer Einigung über die Bestimmungen für die Führung des Arztregisters, für die Bildung und die Tätigkeit des Schiedsamts und für den Zentralausschuß geführt hat. Damit ist in erfreulicher Weise der Frieden endgültig geschlossen.

In dem bekannten **Strafprozeß** gegen den impfgegnerischen Arzt Dr. **Spohr** in Frankfurt a. M. hat das Reichsgericht (I. Str.-S.) durch Urteil vom 26. Februar 1914 das Urteil des Frankfurter Landgerichts vom 21. Juni 1913 (s. Nr. 13, S. 522 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1913) aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückverwiesen, weil die von dieser erfolgte Verneinung der fahrlässigen Tötung und Körperverletzung von rechtsirrtümlichen Gesichtspunkten ausgegangen sei. Es genüge zur Verurteilung wegen Fahrlässigkeit, daß Dr. Spohr, obwohl er die Ansteckungs- und Uebertragungsmöglichkeit kannte, die Frau Dr. St. zu seiner Pflege ohne zuvorige Schutzimpfung an sein Krankenlager gelassen und sein Töchterchen Vera wieder ins Haus genommen habe, als Fr. Dr. St. in diesem noch als Kranke lag. Durch diese Fahrlässigkeit habe er die Erkrankung der Fr. Dr. St. und seiner Tochter Vera an Pocken verschuldet.

Das Deutsche Zentral-Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose widmet seinem am 12. vorigen Monats verstorbenen hochverdienten Generalsekretär Oberstabsarzt a. D. Prof. Dr. **Nieter** folgenden **Nachruf:** „Fast zehn Jahre hindurch hat der Entschlafene die Geschäfte unseres Zentral-Komitees in unermüdlicher, erfolgreicher Tätigkeit und vorbildlicher Pflichttreue geführt. Mit allen Bestrebungen auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung vertraut, hat er es verstanden, mit den Organisationen, die dem Kampfe gegen diese Krankheit sich widmen, enge, ja freundschaftliche Beziehungen anzuknüpfen und zu erhalten und so ein gemeinsames, segensreiches Zusammenwirken zu ermöglichen. Das Präsidium und den Mitgliedern des Zentral-Komitees war er stets ein freundlich entgegenkommender, unbedingt zuverlässiger und von allen hochgeschätzter Mitarbeiter. Gesegnet und in Ehren gehalten wird für alle Zeiten sein Andenken sein."

Zum Nachfolger des Verstorbenen ist der Oberstabsarzt Dr. Helm, bisher Regimentsarzt des Feld-Art.-Regts. Nr. 17 in Bromberg, gewählt.

Pest. In Aegypten sind vom 24. Januar bis 13. Februar nur noch 3 (2) Personen an der Pest erkrankt (gestorben), in Britisch-Indien vom 4. Januar bis 17. Januar: 7502 (6070), 10074 (8078), in Niederländisch-Indien vom 14. bis 27. Januar: 501 (427), in Hongkong (Viktoria) vom 4. bis 17. Januar: 14 (12), in Brasilien (Bahia) vom 14. bis 27. Dezember v. J.: 7 (2), in Chile vom 9. November bis 20. Dezember v. J.: 10 (4), in Mauritius vom 21. November bis 26. Dezember v. J.: 32 (26).

Cholera. In Konstantinopel sind vom 26. Januar bis 8. Februar nur noch 5 (3) Erkrankungen (Todesfälle) an Cholera festgestellt; in Niederländisch-Indien vom 29. Oktober bis 16. Dezember v. J.: 50 (38).

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 25. Januar bis 7. Februar 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rückfallfieber, Fleckfieber, Aussatz, Pocken, Tollwut: — (—); Rotz: 1 (—), — (—); Milzbrand: 3 (—), 8 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 13 (—), 5 (—); Unterleibstyphus: 166 (20), 127 (19); Ruhr: 4 (1), 5 (—); Diphtherie: 1878 (127), 2010 (141); Scharlach: 1451 (52), 1687 (69); Kindbettfieber: 119 (27), 132 (35); Genickstarre: 6 (2), 11 (7); spinaler Kinderlähmung: 5 (1), 2 (1); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: — (—), 2 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 91, 128; Tuberkulose (ge-storben) 747, 848.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

XXX. Hauptversammlung

am Dienstag, den 21. April 1914 in Berlin.

Tagesordnung:

Montag, den 20. April:

8½ abends: **Begrüßungs-Abend** (mit Damen) im **„Rheingold“** (Ebenholzsaal); Eingang Potsdamerstraße Nr. 3, eine Treppe hoch.

Dienstag, den 21. April:

9½ Uhr vormittags: **Sitzung** im **„Rheingold“** (Bankettsaal). Eingang wie vorher.

1. **Eröffnung der Versammlung.**
2. **Geschäfts- und Kassenbericht.**
3. **Die Rauch- und Geräuschplage vom sanitätspolizeilichen und zivilrechtlichen Standpunkte.** Berichterstatter: Kreisarzt Dr. Ascher in Hamm.
4. **Der Identitätsnachweis an zerstückelten Leichen.** Berichterstatter: Prof. Dr. Ziemke, Gerichtsarzt in Kiel.

   Frühstückspause.
5. **Beamteter Arzt und praktischer Arzt.** Berichterstatter: Med.-Rat Dr. Kluge in Wolmirstedt.
6. **Vorstandswahl; Bericht der Kassenrevisoren.**

Nach Schluß der Sitzung findet die General-Versamlung der **„Jubiläumsstiftung“** mit folgender Tagesordnung statt:

a. Geschäfts- und Kassenbericht. b. Vorstandswahl.

6 Uhr nachmittags: **Festessen** (mit Damen) im **„Rheingold“** (Bankettsaal); Preis des Gedeckes: 5 Mark.

Um recht zahlreiche Teilnahme, auch von Seiten der Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamtenvereins, die freundlichst eingeladen sind, wird gebeten.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins.

Im Auftrage: Prof. Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Geh. Med.-Rat in Minden.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 6. Ausgegeben am 20. März 1

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch

J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 6.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Psychiatrie.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Rote Adlerorden IV. Klasse dem Geh. Med.-Rat Dr. Schmitz, Kreisarzt in Aachen, dem San.-Rat Dr. Juliusburger in Berlin; — der Stern zum Kronenorden II. Klasse: dem bisherigen Sanitätsinspekteur Generaloberarzt a. D. Dr. Goebel in Posen; — derselbe Orden III. Klasse: dem Geh. San.-Rat Dr. Neuber in Kiel.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung der Königlich Sächsischen silbernen Lebensrettungsmedaille: dem prakt. Arzt Dr. Kolisch in Pegau i. S., des Offizierkreuzes des Fürstlich Lippischen Hausordens: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Borchard in Posen, des Ehrenkreuzes IV. Klasse erster Abteilung des Fürstlich Lippischen Hausordens: dem prakt. Arzt Dr. Klitzsch in Bentschen, des Niederländischen Offizierkreuzes des Ordens von Oranien-Nassau: dem Marinestabsarzt Dr. v. Wilucki.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Mangold in Allenstein zum Kreisarzt des Kreises Allenstein; Kreisassistenzarzt Dr. Hommerich in Düsseldorf zum Kreisarzt in Montjoie; Kreisassistenzarzt Dr. Müller in Posen zum Kreisarzt in Strasburg i. Westpr.; Kreisassistenzarzt Dr. Janz in Willenberg zum Kreisarzt in Neidenburg; Dr. F. Guth, Asstistent am staatlichen Hygienischen Institut in Hamburg zum Abteilungsvorsteher bei dem Institut für Hygiene in Saarbrücken; der Arzt Dr. Walter Groß in Berlin zum Kreisassistenzarzt in Ratibor.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Göhlmann in Strasburg i. Westpr. in gleicher Eigenschaft naeh Trebnitz.

Ausgeschieden aus dem Staatsdienst: Der Kreisassistenzarzt Dr. Abesser in Ratibor.

Gestorben: Geh. San.-Rat Dr. Wutzer und Geh. San.-Rat Dr. Barker in Berlin, Geh. San-Rat Dr. Trapet in Koblenz, Dr. Kubuscheck

in Rosenberg (Ob.-Schles.), Dr. O. Wagner in Hofgeismar, San.-Rat Dr. Franke in Elberfeld, Dr. Piro in Trier, San.-Rat Reimann in Oppersdorf (Ob.-Schles.), Dr. Völker, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Langenhagen bei Hannover.

Königreich Bayern.

Gestorben: Hofrat Dr. Sigismund Goldschmidt in Reichenhall.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Fürstl. Schwarzburgische Ehrenkreuz III. Klasse: dem San.-Rat Dr. Reichardt in Klotzsche.

Gestorben: Dr. Joh. Linke in Wiederau bei Rochlitz.

Königreich Württemberg.

In den Ruhestand getreten: Med.-Rat Dr. Bredt, Oberamtsarzt in Stuttgart unter Verleihung des Ritterkreuzes des Ordens der Württembergischen Krone.

Grossherzogtum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: der Titel eines außerordentlichen Professors: den Privatdozenten Dr. Hotz in Freiburg i. Br.

Grossherzogtum Hessen.

Ernannt: Der a. o. Prof. Dr. Paul Schmidt in Leipzig zum ordentlichen Professor und Direktor des hygienischen Universitäts-Instituts in Gießen.

Gestorben: Dr. Müller in Lampertheim.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Peeck in Parchim zum kommissarischen Kreisarzt in Gnoien.

Gestorben: Med.-Rat Dr. W. Lebahn in Malchow.

---

27. Jahrg. **Zeitschrift** 1914.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 6.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. März.

Die Gesundheitsverhältnisse der Fortbildungsschüler.

Von Dr. **Berger**, Kreisarzt in Crefeld.

Die Schule ist nicht imstande, die Kinder wirtschaftlich, intellektuell und sittlich selbständig zu entlassen. Hier klafft eine große Lücke in der Erziehung, zunächst des männlichen Geschlechts. Dieser Erkenntnis entsprang die moderne Jugendpflege, in der uns andere Länder vorangegangen sind, die zum Teil gesetzlichen Zwang ausüben. In Deutschland können aber nach § 120 der R.G.O. Fortbildungsschulen eingerichtet werden, die an sich mit Jugendpflege nichts zu tun haben. Erwägt man nun, daß die Fortbildungsschule einerseits die Fortsetzung der Schule ist, für die die Notwendigkeit von Schulärzten allenthalben anerkannt ist, daß die Fortbildungsschüler anderseits der Heeresdienstzeit entgegenreifen, für den wir möglichst viele gesunde kräftige Leute haben wollen, die auch nach der Schulzeit möglichst gesundheitlich gefördert werden sollen, so ergibt sich die Notwendigkeit, daß man sich allgemein mit dem Gesundheitszustand der Fortbildungsschüler mehr befaßt.

Dazu kommen noch zwei weitere Gesichtspunkte, zunächst der des Berufs: Im Landkreise Crefeld ist eine wohlorganisierte

Beratung der die Schule verlassenden Kinder, die von Landrat, Bürgermeister, Geistlichen, Lehrer und Kreiskommunalarzt übernommen ist, und die in gegebenen Fällen sich auch auf Stellen-Vermittlung usw. erstreckt. Ich will auf die in die Augen springenden Erfolge (im Vorjahr haben $^2/_3$ der Kinder, denen nach eingehender Erwägung ein begründeter Rat erteilt werden mußte, den Rat befolgt) unserer Berufsberatung hier nicht eingehen. Es ist jedoch naheliegend, daß, abgesehen davon, daß jeder Gesundheitszustand sich ändern kann, mancher einen Beruf angibt, für den er den Beratern geeignet erscheint, den er aber nachher nicht ergreift. Kurz, es können, nein es müssen Fälle eintreten, in denen der die Schule verlassende Junge einen Beruf ergreift, für den er gesundheitlich nicht geeignet ist, in dem er gesundheitlich Schiffbruch erleidet, ja, in dem er (Nahrungsmittelgewerbe) vielleicht für die Allgemeinheit gefährlich wird. Hier sieht man klar, daß sich in der Fürsorge für die Gesundheit der heranwachsenden Jugend persönliches und allgemeines Interesse begegnen.

Der andere Punkt ist der, daß der Erlaß des Kultusministers, betreffend Jugendpflege, vom 18. Januar 1911, nur bis zum Ende durchführbar ist, wenn ein gemeinsamer Boden gewonnen wird, auf dem die Jugend erfaßt wird, und dazu ist allein die Fortbildungsschule geeignet, die in jeder Gemeinde vorhanden sein muß. Da in der ganzen Jugendpflege die Frage der Gesundheit von ausschlaggebender Bedeutung ist, so ist die genaue Beobachtung des Gesundheitszustandes der Fortbildungsschüler notwendig.

Ich habe im vergangenen Jahre die Fortbildungsschüler im Landkreise Crefeld auf ihre Gesundheit besichtigt. Dabei möchte ich, bevor ich das Gefundene im einzelnen bringe, hervorheben, daß es sich um einen ländlichen Kreis handelt, in dem nur eine Stadt mit etwa 10000 Einwohnern vorhanden ist, die allerdings eine Industriestadt ist, und daß die allgemeinen Gesundheitsverhältnisse in dem ländlichen Kreise ziemlich gute sind.

Stadt A. 10663 Einwohner. Gewerbliche Fortbildungsschule.

132 Schüler; Körperkonstitution I: 7, II: 101, III: 17 (7 fehlten). Dem Beruf nach waren 57 Schlosser, 10 Schreiner, 10 Techniker, 9 Bäcker, 8 Dreher, 6 Schneider, 5 Metzger, 5 Elektriker, 4 Schmied, 4 Klempner, 3 Schuhmacher, 2 Anstreicher, 2 Buchdrucker, je 1 Dachdecker, Graveur, Uhrmacher, Kesselschmied, Sattler, Lichtpauser, Maler.

Es wurden gefunden: 29 Blutarme, 8 mit Augenfehlern, 4 mit Gehörfehlern, 3 mit Luftröhrenkatarrh, 3 mit Knochenkrankheiten, 3 mit Rachenkrankheiten, je 1 mit Drüsen, Herzkrankheit, Sprachfehler, Ausschlag, also 54 Kranke.

Zur näheren Untersuchung in die Fürsorgestelle für Lungenkranke waren 37 bestellt, davon erschienen 32. Von diesen wurden 26 nach Pirquet geimpft, das Ergebnis war bei 13, also in der Hälfte der Fälle positiv. Von den 13 waren 5 Schlosser, je 1 Elektriker, Graveur, Metzger, Techniker, Uhrmacher, Schneider, Dreher, Bäcker.

Nicht einer Jugendvereinigung gehörten 28 an; von diesen hatten 8 Blutarmut, 3 Augenfehler, 1 Herzfehler, 1 Knochenerkrankung, also fast die

Hälfte war nicht gesund, und bei mehr als der Hälfte davon, mehr als einem Viertel der Gesamtzahl, war gesundheitliche Förderung leicht möglich.

Gemeinde B. 9322 Einwohner. Gewerbliche Fortbildungsschule.

27 Schüler; Körperkonstitution I: 6, II: 15, III: 3 (3 fehlten). Dem Beruf nach waren 7 Anstreicher, 5 Dreher, 3 Schreiber, 2 Kesselschmied, 2 Schreiner, 2 Schlosser, je 1 Kaufmannslehrling, Kartenschläger, Hufschmied.

Es wurden gefunden: 6 Blutarme, 4 mit Luftröhrenkatarrh, 2 mit Augenfehlern, 1 mit Ausschlag, 1 mit Haarschwund.

Zur näheren Untersuchung in die Fürsorgestelle für Lungenkranke waren 7 bestellt, davon erschienen 6. Von diesen nach Pirquet geimpften war bei 5 das Ergebnis positiv.

Nicht einer Jugendvereinigung gehörten an 7, von diesen waren 3 krank.

Gemeinde C. 5218 Einwohner. Gewerbliche Fortbildungsschule.

46 Schüler; Körperkonstitution I: 7, II: 27, III: 12. Dem Beruf nach waren 32 Fabrikarbeiter (Weber), 3 Schlosser, 3 Packer, 2 Kaufmann, je 1 Bäcker, Kellner, Anstreicher, Schreiner, Schreiber, Schmied.

Es wurden gefunden: 13 Blutarme, 10 mit Lungenkatarrh, 1 Knochenerkrankung, 1 Leistenbruch.

Nach Pirquet geimpft wurden 13, davon war das Ergebnis bei 8 positiv, bei 3 nicht ganz klar zurzeit (es war eine teilweise Reaktion etc.), bei 2 negativ.

Nicht in einer Jugendvereinigung waren 7, von diesen waren 2 krank.

Gemeinde D. 7167 Einwohner. Ländliche Fortbildungsschule.

21 Schüler; Körperkonstitution I: 1, II: 17, III: 1 (2 fehlten). Dem Beruf nach waren 6 Anstreicher, 3 Schuhmacher, 3 Bäcker, 2 Schreiner, 2 Metzger, je 1 Schriftsetzer, Dachdecker Schmied.

Es wurden gefunden: 3 mit Augenfehlern, 2 Blutarme, 1 mit Herzkrankheit, 1 mit Magenkrankheit.

Drei, deren Lungen genauer untersucht werden sollten, waren gerade entlassen, als die Untersuchung stattfinden sollte.

Nicht in einer Jugendvereinigung waren 12.

Gemeinde E. 5900 Einwohner. Ländliche Fortbildungsschule.

14 Schüler; Körperkonstitution 1: 2, II: 7, III: 1 (4 fehlten). Dem Beruf nach waren 6 Landwirte, 5 Schreiner, je 1 Bäcker, Schlosser, Dachdecker.

Es wurden gefunden: 3 mit Lungenkatarrh, davon waren 2 Schreiner, 1 Landwirt.

Nicht in einer Jugendvereinigung waren 5, bei denen die allgemeine Körperkonstitution am schlechtesten war, 2 von ihnen waren unter den Kranken.

Zusammenfassend möchte ich nur hervorheben, daß fast $^1/_7$ der Schüler die Körperkonstitution III aufweist, daß von 224 102, also 45 % krank waren, daß davon die Hälfte zurzeit lungenkrank und von diesen fast 50 % tuberkulös waren. Die Wichtigkeit der Tuberkulose-Verhütung ergibt sich besonders in der Zeit zwischen Schulentlassung und völliger Körperreife. Die volle Entwicklung des Brustkorbes, die erst nach Vollendung des Körperwachstums zum Abschluß kommt, ist das wichtigste Postulat in der Tuberkuloseprophylaxe.[1])

---

[1]) Hart: Die körperliche Fortbildung der schulentlassenen Jugend im Lichte der Tuberkulosebekämpfung. Stuttgart 1912. Koehler: „Phthisiologische Streitfragen und Ergebnisse“ sowie „Ueber die Freund-Hartsche Theorie“. Zeitschrift Tuberkulosis; XII, 5.

Endlich gehörten 59, das ist ein Viertel aller Schüler, keiner Jugendvereinigung an. Daß gerade von diesen eine größere Zahl gesundheitlich nicht in Ordnung war, ist oben bereits erwähnt.

Was bedarf es eigentlich weiterer Worte angesichts dieser überzeugenden Zahlen, die aus naheliegenden Gründen der Wirklichkeit noch nicht entsprechen und die in einem ländlichen Kreise gesammelt sind. Die gesundheitliche Fürsorge für die Fortbildungsschüler ist eine notwendige Folge. Sie steht namentlich in innigem Zusammenhang mit der Berufsberatung der zur Entlassung kommenden Volksschüler und hat stattzufinden im Interesse der Schüler und im Interesse der Allgemeinheit.

Die gesundheitliche Fürsorge für die Fortbildungsschüler hat namentlich die Erstarkung zum Heeresdienst ins Auge zu fassen; die Ergebnisse der gesundheitlichen Ueberwachung sind in Zukunft auch tatsächlich für den Heeresdienst in den Aushebungsterminen nutzbar zu verwenden sowohl im Interesse der Schlagfertigkeit des Heeres, des Vaterlandes, wie der Schüler.

In Frankreich weisen die radikalen und sozialistischen Blätter ganz neuerdings nachdrücklich auf die Gefahren der häufigen Einstellung Tuberkulöser ins Heer hin. Das würde eigentlich schon genügen, um die Notwendigkeit der gesundheitlichen Ueberwachung der Fortbildungsschüler zu beweisen. Aber es sind noch weitere nicht minder wichtige Beweise zu erbringen.

Den Jungen wird das gesundheitliche Gewissen geschärft. Zu mir sind einige noch einmal gekommen, um für sich allein Aufklärung zu bekommen über Rauchen und Alkohol. Welche Hoffnungen eröffnen sich da ganz kurzen Vorträgen! Durch die gesundheitlichen Feststellungen kommen wir zu einem Einblick in die Gesundheitsverhältnisse der Familien, namentlich bekommen wir einen weiteren Hebel gegen die Tuberkulose.

Als Folgerung ergibt sich endlich ganz von selbst die Notwendigkeit, für die Jugendpflege als gemeinsamen Boden die Fortbildungsschule zu schaffen, die in jedem Orte sein muß. Ein Viertel unserer Schüler gehörte keiner konfessionellen Jugendvereinigung, keinem Körperpflege treibenden Verein an; gerade sie bedurften der gesundheitlichen Kräftigung besonders. Das ist sehr zu bedauern, beweist aber, daß die Fortbildungsschule sich nicht auf Deutsch, Rechnen und Zeichnen beschränken darf, sondern auch das Turnen pflegen muß, wogegen sich leider einige ausgesprochen haben, — nach den für die gewerblichen Fortbildungsschulen maßgebenden Bestimmungen des Ministerial-Erlasses vom 1. Juli 1911 ist Turnunterricht zulässig, wenn die Stundenzahl über 6 bezw. 4 hinausgeht; er kann durch Ortsstatut eingeführt werden — und daß der gemeinsame Boden für Jugendpflege nur die Fortbildungsschule sein kann. Die Stadt Crefeld hat allein 3300 Besucher der gewerblichen Fortbildungsschule, die gesundheitlich zu

erfassen sind. Die Zahl der Schüler in den ländlichen Fortbildungsschulen betrug in Preußen im vergangenen Jahre 90315; ihre Zahl wird erheblich steigen, wenn erst das Gesetz betreffend die Verpflichtung zum Besuch ländlicher Fortbildungsschulen vom 19. Mai 1913 in allen Landesteilen zur Durchführung gelangt ist.

Anmerkung bei der Korrektur: Ich verweise auf den inzwischen erschienenen, in der Beilage zur heutigen Nummer der Zeitschrift abgedruckten neuesten Min.-Erlaß vom 4. Februar 1914, betreffend die Bestellung von Schulärzten für gewerbliche und kaufmännische Fortbildungsschulen.

Die gegenwärtige eheliche Aufzuchtsmenge in Bayern.

Von Medizinalrat Dr. Graßl, Bezirksarzt in Kempten.

Unter dem Titel „Neumalthusianismus und das kgl. bayerische statistische Landesamt" habe ich in dieser Zeitschrift, Jahrg. 1912, S. 637, Stellung genommen gegen die Behauptung des Landesamtes, daß durch hohe Geburtenziffer, wie es gegenwärtig in einzelnen Bezirksämtern Bayerns üblich ist, die Konstitution der Familie verschlechtert, die Fortdauer der Generation, der Rasse, die wirtschaftliche und militärische Leistungsfähigkeit gefährdet werden könnte. Ich habe darauf hingewiesen, daß eine amtliche Stelle verpflichtet ist, zahlenmäßige Beweise für eine solche Behauptung zu erbringen zumal in der Gegenwart, in der der Geburtensturz zu einer Allgemeinerscheinung des Volkes zu werden droht.

An anderer Stelle habe ich mich wiederholt dahin geäußert, daß es selbstverständlich ist, daß mit der Zahl der Kinder der Einzelehe der Prozentsatz der Säuglingssterblichkeit steigt (Soziale Medizin und Hygiene, Band V). Es wurde dort ausgeführt, daß mit der Anzahl der Kinder der Einzelehe die Hygiene und der Nahrungsmittelspielraum, die auf das Einzelnkind treffen, fallen müssen und daß infolge dieser Verschlechterung der Umwelt die Säuglingssterblichkeit steigt. Aber diese erhöhte Sterblichkeit hat keinen verschlechterten Einfluß auf die Rasse, die Nation oder die Generation; denn sie wird überkompensiert durch die erhöhte Geburtenzahl in diesen Aemtern und Familien.

In der Zeitschrift des königl. bayerischen statistischen Landesamtes 1913, Nr. 4 und in dem Statistischen Jahrbuch für das Königreich Bayern 1913 — beide bei Lindauer, München 1913, erschienen — versucht nun das Landesamt seine Behauptung wenigstens nach einer Seite hin zu beweisen. Es versucht den Nachweis, daß bei einer gewissen Geburtenzahl die Aufzuchtsmenge nicht mehr in gleichem Maße steigt, wie bei einer geringeren Geburtenzahl. Zu diesem Zwecke stellt es die Geburtenzahl der einzelnen Kreise und Aemter in ein Verhältnis zu der Aufzuchtsmenge und vergleicht dann die Kreise und Aemter unter sich. Und um ja recht eindringlich seine Lehre darstellen zu können, gibt es Karten, die die Fruchtbarkeit, die Säuglingssterblichkeit und die Aufzuchtsmenge Bayerns für 1908/1912 auf die Aemter ausgeschieden wiedergeben. Die

Karten zeigen auffällig, daß die Zahl der Geburten und die Zahl der Säuglingssterblichkeit parallel verläuft, daß aber die Aufzuchtsmenge nicht damit gleichmäßig ansteigt.

Trotz dieser schönen kartographischen Darstellung muß ich den Beweis als völlig mißlungen ansprechen und zwar aus Gründen, die jedem sofort einleuchten.

Das königl. bayerische statistische Landesamt begeht den großen methodischen Fehler, ungleichartige Volksteile schlechtweg miteinander zu vergleichen, ohne auch nur den Versuch zu machen, diese Ungleichartigkeit einigermaßen in Rechnung zu ziehen. Es vergleicht nämlich die Fruchtbarkeit, die Säuglingssterblichkeit, die Menge der Aufzucht ohne Rücksicht auf den Prozentsatz der Verheirateten in der verglichenen Bevölkerung. Es ist doch ohne weiteres ersichtlich, daß die Frau A, wenn sie 7 Kindern das Leben gibt und 4 davon aufzieht, nicht verantwortlich ist für die Zahl der Kinder der Frau B weder bei der Geburt, noch bei dem Tode, noch bei der Aufzucht. Nur dann, wenn in zwei Volksteilen die Ursachen, die zur Ehe führen, auch völlig mit den Ursachen, die zur Kinderzahl, der Kindersterblichkeit und damit der Aufzuchtsmenge führen, die gleichen sind, darf man die Grundlage der Geburtenzahl, nämlich die Ehehäufigkeit, außer acht lassen.

Es ist geradezu auffallend, daß das bayerische Landesamt auf die primitive, vielfachem Irrtum unterworfene Methode, die Bevölkerung in ihrer Allgemeinheit miteinander zu vergleichen, verfallen ist, obwohl es doch selbst ganz exakte Zahlen zur Vergleichung der ehelichen Fruchtbarkeit, der ehelichen Säuglingssterblichkeit und der ehelichen Aufzuchtsmenge gibt. Ich habe vor dieser methodisch bedenklichen Berechnung, die das Landesamt übt, schon in der Landesversammlung der bayerischen Medizinalbeamten in Kissingen gewarnt. Wer sich für die Einzelheiten dieser Frage interessiert, der sei auf meine demnächst im Archiv für Rassenbiologie und Rassenhygiene des Dr. Plötz erscheinende Arbeit hingewiesen. Hier will ich nur generelle Gegenüberstellung geben.

Welchen Einfluß die Grundlage der natürlichen Bevölkerungsbewegung, die Ehehäufigkeit, auf die Bevölkerungsproduktion haben muß, geht aus dem Prozentsatz der Ehehäufigkeit in den Kreisen hervor. Es schlossen 1912 auf 1000 Einwohner die Ehe:

Oberbayern	15,4	Oberpfalz	12,3	Unterfranken	13,8
davon München	19,4	Oberfranken	14,0	Schwaben	13,6
Niederbayern	12,5	Mittelfranken	16,6	davon Augsburg	18,4
Pfalz	15,4	davon Nürnberg	18,4	Königreich	14,3

Die Großstädte haben also um ein Drittel mehr Ehehäufigkeit als die Kreise Niederbayern und Oberpfalz. Solche große Unterschiede dürfen unmöglich vernachlässigt werden, wenn man von der Gefährdung der Generation, der Rasse und der Aufzuchtsmenge der Allgemeinheit spricht.

Die Verhältnisse in der Ehe kann man aus folgender Zusammenstellung ersehen:

	Auf 1000 verheiratete Frauen im 15.—50. Lebensjahre kamen		Auf 100 ehelich lebend geborene sind im 1. Lebensjahr gestorben
A. Kreisunmittelbare Städte	ehelich geborene	Aufwuchs am Ende des 2. Lebensjahres	
Oberbayern	126.58	97.20	17.9
Niederbayern	188.11	132.40	24.4
Pfalz	137.97	111.17	14.2
Oberpfalz	185.30	131.35	23.9
Oberfranken	166.95	134.99	14.0
Mittelfranken	151.96	116.97	16.8
Unterfranken	173.70	141.80	13.5
Schwaben	164.56	121.50	20.9
Summe A	149.54	114.73	17.8
B. Bezirksämter			
Oberbayern	258.72	188.10	22.9
Niederbayern	309.56	212.70	26.7
Pfalz	221.64	178.44	14.2
Oberpfalz	310.99	215.68	25.5
Oberfranken	221.77	176.58	15.4
Mittelfranken	218.58	163.73	20.0
Unterfranken	238.98	191.89	15.5
Schwaben	275.87	206.48	21.3
Summe B	253.61	190.39	20.2
Regierungsbezirke			
Oberbayern	194.92	144.23	21.4
Niederbayern	296.05	208.77	26.6
Pfalz	220.35	177.40	14.2
Oberpfalz	291.91	202.88	25.3
Oberfranken	209.38	167.14	15.2
Mittelfranken	180.99	137.34	18.5
Unterfranken	224.43	180.76	15.1
Schwaben	241.42	180.18	21.2
Bayern (A und B)	223.00	168.18	19,8

Niederbayern und Oberpfalz haben also die größte eheliche Aufzuchtsmenge am Ende des zweiten Lebensjahres der Kinder, obwohl sie weitaus die größte Säuglingssterblichkeit der ehelichen Kinder haben. Die Bezirksämter des Landes haben trotz erhöhter Säulingssterblichkeit eine höhere zweijährige Aufzuchtsmenge als die Städte mit geringer Säuglingssterblichkeit der ehelichen Kinder. Unter den Bezirksämtern haben die niederbayerischen und oberpfälzischen trotz ihrer größten Kindersterblichkeit doch weitaus die höchste zweijährige eheliche Aufzuchtsmenge. Die von anderer Seite behauptete und von dem bayerischen Landesamt auch aufgenommene Ansicht, daß der Effekt der hohen Kinderproduktion durch die erhöhte Absterbeziffer der Säuglinge ganz oder größenteils wieder aufgehoben wird, hat für die Gegenwart in Bayern nicht Geltung. Um ja jeden Einwurf abzuschneiden, habe ich den zweijährigen Auswuchs genommen, also die Zahl von Kindern, die in das dritte Lebensjahr hinüberkommen. In Bayern und in der Gegenwart bestimmt die Geburtenmenge auch die Aufzuchtsmenge; die Säuglingssterblichkeit verschwindet demgegenüber vollständig. Ja, es macht entschieden den Eindruck, als ob, wie ich an anderer Stelle eingehend klargelegt habe, die hohe Säuglingssterblichkeit kausal zur hohen Geburtsziffer wäre. Anderseits scheint die geringe Säuglingssterblichkeit delitär auf die Ge-

burtenzahl einzuwirken. Noch schärfer als in der Zusammenstellung der Kreise tritt diese in der Gegenüberstellung der einzelnen Aemter hervor. Des Raumes halber will ich aber nur einzelne Bezirksämter behandeln:

Bezirksämter mit hoher Fruchtbarkeit, also mit 300 und mehr Geburten auf 1000 gebärfähige Ehefrauen, 1908/1912:

Bezirksämter	Auf 1000 geburtsfähige Ehefrauen treffen ehelich geborene	Aufwuchs am Ende des 2. Jahres	Von 100 ehelich Geborene starben im 1. Lebensjahr
O.-B. Aichach	316.91	221.96	24.8
Dachau	316.35	216.28	27.2
Freising	331.00	230.46	25.6
Ingolstadt	332.59	209.74	32.8
Pfaffenhofen	341.20	223.14	30.2
Schrobenhausen	342.55	223.16	29.7
N.-B. Bogen	341.46	213.41	31.9
Grafenau	335.80	232.33	25.7
Kelheim	335.91	207,08	33.7
Kötzting	350.02	255.13	22.7
Landshut	307.95	212.16	27.5
Mainburg	350.91	231.85	29.6
Mallersdorf	315.68	210.10	29.4
Regen	311.51	213.45	25.8
Rottenburg	322.48	218.33	28.3
Straubing	331.97	226.77	27.6
Viechtach	341.76	238.64	25.4
Wegscheid	361.88	261.58	23.3
Wolfstein	344.09	247.26	23.6
O.-Pf. Amberg	325.63	220.12	26.3
Beilngries	338.33	218.48	31.2
Burglengenfeld	324.62	209.76	30.3
Cham	334.61	236.28	23.7
Nabburg	320.37	227.82	23.4
Neumarkt	350.98	226.51	29.1
Neunburg v. W.	308.88	214.90	24.3
Oberviechtach	316.62	227.19	22.3
Parsberg	350.09	212.16	33.7
Regensburg	326.88	208.15	32.3
Riedenburg	351.32	222.73	32.3
Roding	344.24	234.89	26.0
Stadtamhof	309.23	189.80	33.9
Vohenstrauß	309.82	234.28	19.1
Waldmünchen	317.10	236.52	19.6
U.-Fr. Eichstätt	348.44	233.50	29.8
Schwab. Donauwörth	311.01	219.90	25.2
Neuburg a. D.	333.24	228.07	27.2
Wertingen	306.29	228.20	21.9
Zusmarshausen	300.94	223 09	21.1

Bezirksämter mit niedrigster Fruchtigkeit (200 und darunter):

Bezirksämter	Auf 1000 geburtsfähige Ehefrauen treffen eheliche Geburten	zweijährige Aufzuchtsmenge	Auf 100 ehelich Geborene tritt Säuglingssterblichkeit
Dürkheim	181.68	150.91	11.7
Neustadt a. H.	195.78	159.00	13.0
Rockenhausen	191.36	159.82	11.1
Münchberg	170.24	144.44	11.0
Erlangen	177.30	134.34	19.5
Neustadt a. A.	191.49	148.69	16.1
Rothenburg o. T.	191.93	159 75	12.7
Scheinfeld	198.28	159.80	12.9
Uffenheim	179.66	149.67	12.1

Wenn wir die eheliche Fruchtigkeit, eheliche zweijährige Aufzuchtmenge und eheliche Kindersterblichkeit der Bezirksämter und unmittelbaren Städte kartographisch darstellen würden, würde das Bild ganz anders sein als das, das das königl. bayerische statistische Landesamt gegeben hat. Die eheliche Fruchtigkeit und die eheliche zweijährige Aufzuchtsmenge deckt sich in der Gegenwart in den Aemtern wie in den Städten Bayerns mathematisch genau ohne Rücksicht auf die Säuglingssterblichkeit.

1000 Ehefrauen in den mit Säuglingssterblichkeit hoch belasteten oberpfälzischen Bezirksämtern bringen ins 3. Lebensjahr 215,68 Kinder, in der Pfalz mit um 11,3 $^0/_0$ niedrigerer Säuglingssterblichkeit bloß 178,44 und die niederbayerischen Bezirksämter mit einer Säuglingssterblichkeit von 26,7, also um 12,5 $^0/_0$ höher als die pfälzische, bringen 212,70 $^0/_0$ in das dritte Lebensjahr. Also 100 Ehefrauen der Bezirksämter Niederbayerns bringen soviel Kinder in das 3. Lebensjahr trotz hoher Kindersterblichkeit wie 119 pfälzische Ehefrauen in den Aemtern und 100 oberpfälzische Ehefrauen in den Aemtern bringen soviel Kinder in das 3. Lebensjahr wie 121 pfälzische Frauen der gleichen Kategorie. 100 niederbayerische Ehefrauen der Aemter mit 26,7 $^0/_0$ Kindersterblichkeit bringen soviel Kinder in das 3. Lebensjahr wie 228 Ehefrauen Münchens mit 17,7 $^0/_0$ Säuglingstod. 100 Ehefrauen des Bezirkes Wegscheid mit 23,5 $^0/_0$ Säuglingssterblichkeit bringen soviel Kinder in das 3. Jahr wie 132 Frauen in Kusel mit 9,12 $^0/_0$ Säuglingstod.

Die Kreise, die Bezirksämter, die Städte, die eine eheliche Aufzuchtsmenge über den ehelichen Durchschnitt haben, sind fast durchweg solche, die hohe Kindersterblichkeit und hohe Geburtenziffer der Ehe haben; der Prozentsatz der ehelichen Mehraufzucht wird um so größer, je größer die Kindersterblichkeit in der Ehe ist.

Wenn ganz Bayern die hohe eheliche Säuglingssterblichkeit (26,7 $^0/_0$) und die hohe Geburtenhäufigkeit in den Ehen (309,56) der niederbayerischen Aemter hätte, so würden alljährlich um 37 835 Kinder mehr in das 3. Lebensjahr hinübergeführt werden. *Die oberpfälzischen und die niederbayerischen ländlichen Ehefrauen sind trotz hoher, oft sogar sehr hoher Säuglingssterblichkeit der Jungbrunnen der bayerischen Bevölkerung.*

Die niederbayerische Landbevölkerung hat vom Jahre 1861 bis 1905 um 22,4 $^0/_0$, die des Regierungsbezirkes um 27,2 $^0/_0$ zugenommen; die oberpfälzische Bevölkerung des Landes um 14,0 $^0/_0$, die des Regierungsbezirkes um 21,0 $^0/_0$.

Die Zunahme der Bevölkerung dieser beiden höchstfruchtigen Regierungsbezirke geschah aus eigener Kraft.

Dazu kommt noch insbesondere die enorme Wanderung. Von der Geburtsbevölkerung 1900 waren in Bayern 2 200 000 Menschen gewandert, davon 2 000 000 Landvolk. Nicht viel weniger als die Hälfte aller Landbewohner, von den Städtern

nur etwa der vierte Teil, war gewandert, allerdings sehr häufig innerhalb des Geburtsbezirkes. Ziehen wir lediglich diejenige Wanderung in Betracht, bei der die Bevölkerung den Geburtskreis verließ, so waren von der Geburtsbevölkerung außerhalb des Geburtskreises gewandert von Niederbayern 17,3 %, von der Oberpfalz 19,9 %. Das Aufblühen der Stadt München und Nürnberg ist zum großen Teil der Zuwanderung der ländlichen Bevölkerung, namentlich auch der der Kreise Niederbayern und Oberpfalz zu verdanken. Dazu kommen noch die Auswanderung in die übrigen deutschen Bundesstaaten und in nichtdeutsche Staaten.

In der Zählperiode 1905/1910 verlor Niederbayern 7,6 % der mittleren Bevölkerung durch Wanderung, Oberpfalz 4,7 %. Diese Verluste dauern seit 1835 an, zu welcher Zeit in Bayern eine starke Auswanderung einsetzte. Wie ich an anderer Stelle nachgewiesen habe, wandern in der Regel die körperlich und geistig Hervorragenden aus. Wenn also ein Rückgang in der Qualität der Bevölkerung zu bemerken wäre, so liegt es viel näher, diese Erscheinung auf die Wanderungsverluste zu beziehen, als auf die angeblich übergroße Geburtenzahl. Aber dieser Rückgang existiert nirgends, im Gegenteil ist eine wesentliche Besserung zu bemerken. Wie ein solcher generativ hervorragender Volksstamm generativ und zu Rassenbeziehung bedroht bezeichnet werden kann, ist mir völlig unverständlich. Sie bilden ein körperlich und geistiges Edelreis, das auf den absterbenden Städtebaum aufgepflanzt wird. Es geht dort nicht zu grunde, sondern hindert den Untergang der bepfropften Bevölkerung.

Wie so viele offiziellen und offiziösen Stellen, erblickt auch das Statistische Landesamt in den erzwungenen Rückgang in der Kindersterblichkeit das Hauptmittel gegen die drohende Bevölkerungsabnahme. Es empfiehlt Verhütungsmaßregln der Kindersterblichkeit, zu deren Vollzug die eigene Mutter nicht mehr unbedingt nötig ist. Alle diese außermütterlichen Vorbeugemittel gehen fehl. Sie sind lediglich Geldfragen und zwar Geldfragen, deren Lösung dem Manne obliegt; die Geburt ist aber in der Hauptsache Frauensache. Das ist eine wesentliche Verschiebung des natürlichen Antriebes und der Endaffekt dieser künstlichen, unnatürlichen, symptomatischen Behandlung wird ein ganz schlechter sein. Insoweit aber das statistische Landesamt und zwar offensichtlich mit Feuereifer für Darreichung der Brust an die Säuglinge eintritt, wird man diese Forderungen kräftigst unterstützen müssen.

Die moderne Säuglingsfürsorge ist zwar imstande, den Prozentsatz der Kindersterblichkeit herabzusetzen; sie bessert aber nicht den Prozentsatz der Aufzuchtsmenge, im Gegenteil, sie verkleinert diesen um so mehr, je mehr die Loslösung des Kindes von der Mutter widernatürlich betrieben wird. v. Gruber-München hat diese Verhältnisse in den Satz zusammengefaßt: „Die moderne Säuglingsfürsorge ist nicht im-

stande, den Schaden des modernen Zweikindersystems auszubessern.“ — Ich meine, man sollte in den Umänderungsversuchen der ehelichen Geschlechtsitten äußerst vorsichtig sein; man sollte nicht künsteln und namentlich Maßregeln, die vielleicht in der Stadt angebracht sind, nicht auf das Land verlegen; man sollte vielmehr den Mut haben, umzukehren, wenn der Weg in die Irre führt. Unsere Säuglingsfürsorge muß sich auf zwei Grundpfeiler stützen: Hebung der allgemeinen Hygiene nach Verbesserung der anthropologischen Verhältnisse zwischen Mutter und Kind. Wir beginnen schon wieder zu vergessen, daß der Mensch ein Säugetier ist und daß die Brustdrüsen Geschlechtsapparate sind. Die Aufzucht der Kinder muß aber in der Hauptsache Geschlechtstätigkeit der Mutter sein und bleiben.

Zur Desinfektion des Impffeldes.

Von Kreisarzt Dr. **Hillenberg**-Zeitz.

Vor einiger Zeit hat Jaquet, dirigierender Arzt des Ambulatoriums vom Roten Kreuz in Berlin, in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift [1]) seine ausgedehnten Erfahrungen mit der Verwendung des Mastisols mitgeteilt, das er zur Händedesinfektion, zur Desinfektion des Operationsgebietes in der kleinen und gesamten großen Chirurgie und schließlich zur Befestigung von Verbänden benutzt hat. Er erblickt in ihm ein „Idealmittel, dessen Gebrauch einen wirklichen Fortschritt in der Chirurgie darstellt“, dessen „Einfachheit, Billigkeit und Sicherheit über jedes Lob erhaben sind.“ Die Einfachheit beruht vor allem darauf, daß selbst vor den größten Operationen die Haut nicht vorbehandelt wird, von einfachem trockenem Rasieren abgesehen. Ich führe diese kurzen Bemerkungen an, weil Geh. Rat Dr. Risel in einem Artikel in Nr. 22, 1913, dieser Zeitschrift „Zur Desinfektion des Impffeldes etc.“, in dem er sich übrigens in einer Fußnote auf die gleiche Arbeit Jaquets bezieht, mir auf die Empfehlung des Mastisols als Impffelddesinfizienz vorwirft, daß ich letzteres „auf die in keiner Weise vorbehandelte Haut“ auftrage. Es ist nicht zu verstehen, warum bei der Anwendung dieses Harzgemisches eine besondere vorgängige Reinigung der Haut vorgenommen werden soll. Risel hält sie deshalb für nötig, weil das Impfmesser „alle Keime, die im Bereiche der Impfstelle vom Mastisol festgeklebt werden“, in diese hineinbringe. Theoretisch könnte man dies in der Tat annehmen, praktisch hat diese Annahme jedoch keine Bedeutung, da die Gefahr einer Wundinfektion bei allen Bauchoperationen nach vorhergegangener Mastisoldesinfektion der Haut ja besonders groß sein müßte, eine Infektion hier aber bisher nicht beobachtet worden ist. Risel sieht nun in dem trockenen Rasieren des Operations-

---

[1]) Zur Technik der Mastisolbehandlung. Deutsche Med. Wochenschrift; 1913, 42.

feldes, wie es Jaquet vornimmt, eine „gründliche Bearbeitung“ desselben, einen beabsichtigten Vordesinfektionsakt. Ich habe mich, da mir Zweifel an dieser Auffassung aufstiegen, brieflich an Jaquet gewandt, um u. a. zu fragen, ob er überhaupt eine Vorbehandlung des Operationsgebietes für geboten erachte bezw. ob er mit dem trockenen Rasieren tatsächlich eine Vordesinfektion bezwecken wolle. Jaquet verneint nun beides ausdrücklich und erklärt, er nehme das Rasieren lediglich zur Entfernung störender Haare vor. Ebenso hält er eine Infektion der Hautwunde durch Mobilisierung von Bakterien beim Schneiden für reine Theorie und praktische Belanglosigkeit. In gleicher Weise müßte man z. B. m. E. auch nach Jodisierung des Operationsgebietes, die ähnlich wie Mastisol wirkt (Fixierung der Bakterien in der Haut durch Gerbung derselben), befürchten, daß die im Schnittgebiet gelegenen Bakterien durch das schneidende Messer künstlich in die Wunde hineingebracht würden, was die Praxis als nicht zutreffend erwiesen hat.

Ich glaube also, daß das genannte Bedenken Risels in Wirklichkeit keine Rolle spielt.

Er ist ferner der Ansicht, daß die die Bakterien arretierende, also desinfizierende Wirkung des Mastisols dann um so weniger begründet sei, wenn es, wie ich empfohlen, „in dünnster Schicht“ aufgetragen wird. Ich kann dazu nur bemerken, daß ich nicht einzusehen vermag, warum eine dicker aufgetragene Harzschicht präziser wirken soll. Eigentlich wirksam ist nur derjenige Teil der Schicht, der der Haut direkt aufliegt; diese brauchte aber theoretisch höchstens die Dicke der Bakterienleiber zu haben, könnte also denkbar dünn sein. Außerdem beruht die desinfizierende Wirkung des Mastisols darauf, daß das Harz nach dem Verdunsten des Lösungsmittels sich nicht nur der Haut auflegt, sondern in die Hautporen und Drüsenausgänge eindringt, die Haare umschließt und so alle Bakterien festlegt (Jaquet). Daß ein Aufpinseln in dicker Schicht sogar schädlich ist, zeigt J., der in 6 Fällen, in denen dies versehentlich geschehen, Reizustände der Haut erhielt. Er sagt daher in seiner mehrfach zitierten Arbeit wörtlich: „Man muß sehr dünn auftragen —“ und bestätigt mir dies brieflich mit den Worten, die Impfschicht solle möglichst dünn sein.

So würde auch der zweite Einwand Risels nicht stichhaltig sein.

Daß Mastisol die Impfstelle vor späterer Verunreinigung nicht schützt, ist ohne weiteres zuzugeben. Hierauf kommt es aber m. E. für den Impfarzt auch weniger an, als darauf, daß beim Impfakt selber, für den wir vornehmlich verantwortlich sind, eine Infektion durch den Arzt nicht verursacht wird. Das Impffeld nach der Impfung mit einem luftdurchlässigen Stoff zu bedecken, wie R. empfiehlt, ist zweifellos an und für sich rationell und von mir bereits in meiner ersten Veröffentlichung über Mastisolgebrauch (s. diese Zeitschrift 1911, H. 17) vorgeschlagen worden. Für Privatimpfungen sicher von großem

Wert dürfte dies Verfahren jedoch für Massenimpfungen, wie sie öffentliche Impfungen meist sind, eine unnötige Komplikation des Impfaktes darstellen.

Wenn ich das Fehlen nennenswerter Reizerscheinungen bei der Mastisolanwendung hervorgehoben, so habe ich nur diejenigen Grade von Entzündung im Auge gehabt, die erheblich über das Maß der gewöhnlich zu beobachtenden, gewissermaßen physiologischen Entzündungserscheinungen hinausgingen. Ueber die Bedeutung der biologischen Vorgänge bei der Impfung war und bin ich mir im klaren, und bin auch über die Rolle, die gerade hinsichtlich der Vakzinewirkung eine angeborene oder erworbene Herabsetzung der so überaus wichtigen natürlichen Immunität des Impflings spielt, vollkommen orientiert, so daß ich mich stets, wenn ich eine abnorm starke Reaktion finde, bei der Mutter nach den Zeichen einer solchen erkundige (Neigung zu Akne, Furunkelbildung, starkem Intertrigo, Diatheseerscheinungen u. a.) Es ist also bei den vergleichenden Beobachtungen das biologische Moment nicht zu kurz gekommen. Wie die Pusteln am 9. oder 10. Tage aussehen, ist bei der vergleichenden Beurteilung der desinfizierenden Wirkung des Mastisols und Alkohols m. E. unerheblich, da der Impfarzt ja für gewöhnlich nur das Impfbild vom 7. Tage zu sehen bekommt und lediglich dieses nach Anwendung des Mastisols mit dem nach Alkohol- oder sonstiger Impffeldbehandlung zu vergleichen imstande ist.

Jedenfalls kann ich mich durch die Ausführungen von Geh. Rat Dr. Risel nicht überzeugt sehen, daß die von mir angegebene Art der Benutzung des v. Oettingenschen Mastisols vor Ausführung der Impfung, auf das übrigens Geh. Rat Dr. Wodtke die Kreisärzte seines damaligen Bezirks zuerst hingewiesen hat, nicht rationell sein sollte. Beiläufig sei nur erwähnt, daß auch Jaquet, der mit v. Oettingen selbst ausdrücklich über diese spezielle Frage auf meine Anregung hin gesprochen, sie mit den Worten billigt, sie sei „ganz ausgezeichnet und könne allen Kollegen nicht warm genug empfohlen werden“. Ich möchte daher, da die Impfzeit allmählich wieder heranrückt, erneut auf die Verwendung des Mastisols beim Impfgeschäft hinweisen mit der Bemerkung, daß auch v. Oettingen selbst in Serbien das Mastisol bei 400 Impfungen mit bestem Erfolg benutzt hat.

Aus dem Königl. Hygienischen Institut der Universität Breslau.
(Direktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. R. Pfeiffer.)

Desinfektorentasche zum Gebrauch für die fortlaufende Desinfektion am Krankenbette.

Von Privatdozent Dr. Carl Prausnitz.

In zunehmendem Maße erkennt man heutzutage die Bedeutung der fortlaufenden Desinfektion am Krankenbette. So wichtig auch die zuverlässige Durchführung der Schlußdesinfektion nach beendeter Krankheit oder nach einer Verlegung

des Kranken ist, so muß es doch stets ein Hauptziel bei unserem Kampf gegen die ansteckenden Krankheiten sein, nach Möglichkeit alle während der ganzen Dauer der Krankheit ausgeschiedenen Keime zu vernichten. Die Durchführung dieser Bestrebungen ist verhältnismäßig leicht, wenn nach dem Vorgehen Englands die Mehrzahl der infektiösen Kranken in besonderen Isolierspitälern untergebracht wird. Gerade aus diesem Grunde habe ich wiederholt darauf hingewiesen, wie wünschenswert auch in Deutschland die Einführung ähnlicher Einrichtungen wäre. Heutzutage wird jedoch ein großer Teil dieser Kranken noch in ihrer Wohnung, vielfach unter recht mangelhaften Verhältnissen isoliert. Das Bestreben der maßgebenden Behörden geht nun dahin, soweit als möglich der Unkenntnis über die Methoden der laufenden Desinfektion und in entsprechenden Fällen auch dem Mangel an Desinfektionsmitteln abzuhelfen.

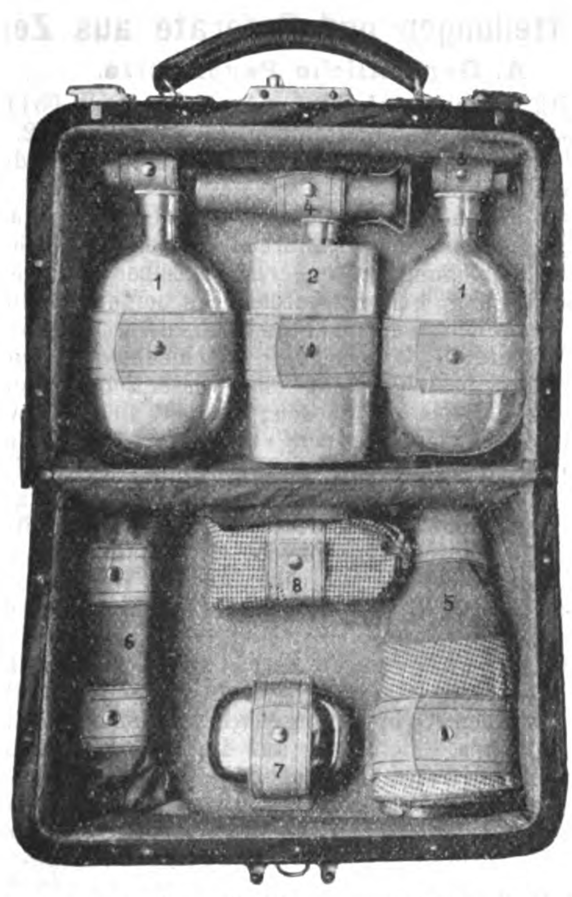
Die erstere Bedingung kann in kleineren Städten und auf dem Lande durch gut geschulte Krankenpflegeorgane leidlich verwirklicht werden. Solchen Zwecken dienen die Desinfektorenausbildungskurse, die in steigender Zahl für Krankenschwestern und -pfleger an der Breslauer und anderen Desinfektionsschulen abgehalten werden. Für die Verhältnisse der Großstadt erscheint es jedoch zweckmäßiger, besondere von der eigentlichen Krankenpflege unabhängige Organe zu schaffen, die speziell mit der Durchführung der laufenden Desinfektion betraut werden. In Breslau sind seit dem 1. Januar 1914 zwei Desinfektionsschwestern — ausgebildete Krankenpflegerinnen und Desinfektorinnen — angestellt, die im Einverständnis mit den behandelnden Aerzten in Privathäusern diese Aufsicht führen sollen.

Um diesen Schwestern die Mitführung der nötigen Desinfektionsmittel und Apparate zu ermöglichen, wurde auf Veranlassung des Stadtarztes Herrn Geheimrat Dr. Oebbecke eine Tasche von mir konstruiert, die nachstehend beschrieben und durch beistehende Abbildung erläutert wird:

Die lederne Tasche wird von einem 36 cm langen Bügel getragen. Sie besteht aus zwei gleich tiefen Teilen, die beim Oeffnen der Tasche auseinander klappen, so daß sie mit ihren Außenflächen horizontal auf die Unterlage zu liegen kommen. Zwischen den beiden Taschenhälften liegt lose, nur durch zwei Riemen zu befestigen, ein großer wasserdichter Beutel mit getrennten Fächern (der Beutel ist in der Abbildung nicht zu sehen). Die verschiedenen zu beschreibenden Einrichtungsgegenstände werden durch mit Druckknöpfen armierte Lederstreifen an ihrem Ort fixiert.

Die eine Seite der Tasche enthält die Desinfektionsmittel und Meßgefäße — zwei Aluminiumflaschen (1) zu je einem halben Liter Inhalt für Seifenkresollösung, ein Meßgefäß (2) zu 1/2 Liter Inhalt darin — durch einen Leinwandbeutel geschützt — ein Aluminiumfläschchen von einem Viertelliter Inhalt für Formalinlösung, zwei Originalröhrchen (3) zu je 10 Sublimatpastillen von 1 g, ein im Holzetui (4) befindliches gläsernes Meßgefäß zu 50 ccm., darin ein Originalröhrchen Pergenoltabletten zur Munddesinfektion.

Die andere Seite ist zur Aufnahme der für die mechanische Reinigung erforderlichen Gegenstände bestimmt: eine mittelweiche Scheuerbürste in wasserdichtem Etui (5), ein zusammenlegbares Gummiwaschgefäß (6) von 35 cm Durchmesser und 10 cm Höhe soll zur Händedesinfektion der Schwester in allen Fällen dienen, wob in der Wonung nur ein Waschgefäß vorhanden ist;



in einem aufklappbaren nickelnen Seifennapf (7) wird die von der Schwester zur Händedesinfektion zu benützende Seife mitgeführt; 2 Nagelbürsten befinden sich in einem weiteren wasserdichten Beutel (8). Die Bürsten sollen nach der Verwendung noch feucht von der Desinfektionslösung in die betreffenden Beutel verpackt werden. Zum Abtrocknen der Hände dienen Papierhandtücher, die in einem Fach des losen Beutels mitgeführt und unmittelbar nach dem Gebrauche weggeworfen werden.

Bei der Desinfektion ist den Schwestern das Tragen waschbarer Aermelschürzen und Hauben zur Pflicht gemacht. Bei jedem Fall wird eine besondere Schürze und Haube verwendet, die von der Schwester bei ihrem ersten Besuch in die Wohnung mitgebracht und bis zum Schluß der Krankheit dort aufbewahrt wird. Die Abholung der gebrauchten Schürzen und Hauben erfolgt unter den üblichen Kautelen durch das für die Schlußdesinfektion verwendete Transportautomobil. Dagegen müssen die Schwestern in ihrer Tasche eine kleine Zahl von sauberen Schürzen und Hauben mitführen. Diese liegen in der zu zweit beschriebenen Taschenhälfte (dem für die Reinigungsutensilien bestimmten Teile) und werden durch zwei Riemen auf den Reinigungsutensilien fixiert. Sie liegen daher unmittelbar nach dem Oeffnen der Tasche zur Benutzung bereit.

Endlich enthält das zweite Fach des losen Beutels Apparate zur Entnahme von Untersuchungsmaterial (Rachenabstriche, Stuhl- und Urinproben usw.).

Das Gewicht der Tasche beträgt gefüllt 6 kg. Sie ist so ausbalanziert, daß sie sich bequem tragen läßt. Ein längeres Tragen der Tasche erübrigt sich, da die Schwestern mit Freikarten für die städtische Straßenbahn versehen sind.

Die Herstellung der Tasche erfolgt durch die Kofferfabrik von L. Pracht, Ohlauerstr. 63 und kostet komplett mit innerer Einrichtung rd. 60 Mark.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Psychiatrie.

Die Heredität der Psychosen. Von Dr. Ph. Jolly-Halle a. d. S. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten; LII. Band, 2. Heft.

Verfasser faßt die Ergebnisse seiner Arbeit über die Heredität der Psychosen in folgendem zusammen:

Die Lehre von einem Polymorphismus der Vererbung kann nicht aufrecht erhalten werden; sie ist als eine irreführende Bezeichnung für das Vorkommen miteinander nicht in Beziehung stehender psychischer und nervöser Störungen, für durch Keimschädigung hervorgerufene Erscheinungen und schließlich für wirklich vererbte Krankheiten in einer und derselben Familie abzulehnen.

Bei Blutsverwandten können die verschiedenartigsten Psychosen vorkommen. Insbesondere besteht nicht ein Ausschließungsverhältnis zwischen affektiven und schizophrenen Psychosen; es ist sicher erwiesen, daß diese nebeneinander bei Geschwistern sowie bei Eltern und Kindern vorkommen können. Es ist aber unverkennbar, daß besonders die Affektpsychosen und hier wieder am meisten die Melancholie eine große Neigung zu familiärem Auftreten haben. Es können verschiedenartige affektive Störungen bei Verwandten vorkommen. Bei den Affektpsychosen erkranken Geschwister meist im gleichen Alter, Kinder in der Regel früher als die Eltern.

Die klimakterische Melancholie hat in hereditärer Beziehung keine Sonderstellung.

Auch bei den Psychosen der Katatoniegruppe (Dementia praecox, Schizophrenie) findet man meist, wenn auch etwas seltener, daß die Psychose der Verwandten derselben Gruppe angehört. Besonders häufig sind die Geschwister davon betroffen. In bezug auf die Unterform besteht keine regelmäßige Neigung zum Auftreten ein und derselben Form bei Verwandten. Es ist nicht die Regel, daß die Deszendenten früher erkranken als die Aszendenten.

Es findet sich bei den Psychosen dieser Gruppe, besonders im Vergleich mit den affektiven Psychosen, nicht selten Trunksucht des Vaters; Paralyse und Lues der Eltern spielen keine Rolle. Abnorme Persönlichkeiten sind unter den Verwandten der Kranken nicht selten; es ist aber keineswegs eine Ausnahme, daß die Eltern normal sind. Vielleicht ist auch die öfter angegebene Trunksucht des Vaters als Ausdruck einer abnormen Persönlichkeit aufzufassen. Es handelt sich bei dieser Psychosengruppe wahrscheinlich um eine auf Grund einer spezifischen Anlage vererbte Geisteskrankheit.

Bei Amentia sind erbliche Einflüsse bedeutungslos; auch bei Paralyse spielt Heredität im üblichen Sinne keine Rolle.

Die paranoischen Psychosen des höheren Lebensalters, die klassifikatorisch große Schwierigkeien machen und anscheinend keine Einheit sind, zeigen kein familiäres Aufteten. Sie treffen häufig mit schizophrenen Psychosen in einer Familie zusammen, nur selten — und zwar betrifft dies auch die nicht zu Demenz führenden Formen — mit affektiven Psychosen, so daß wohl keine Verwandtschaft mit dieser Gruppe besteht.

Die affektiven Psychosen zeigen keine einfache dominante Vererbung nach Mendel, vielleicht aber nur geschlechtsabhängige dominante Vererbung mit Bevorzugung des weiblichen Geschlechts; möglicher Weise handelt es sich jedoch hier um eine einfache rezessive Vererbung.

Die Psychosen der Katatoniegruppe (Dementia praecox, Schizophrenie) vererben sich nicht dominant nach Mendel; es ist aber sehr wohl möglich, daß bei ihnen rezessive Vererbung statthat.

Zur genauen Erforschung der Mendelschen Vererbung der Psychosen ist das Studium einzelner, in möglichst weiter Ausdehnung und in bezug auf die psychische Verfassung aller Mitglieder gekannter Familien notwendig.

Dr. Többen-Münster i. W.

Kulturkreis und Form der geistigen Erkrankung. Von Ludwig Stern. Sammlung zwangloser Abhandungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. X, Band; Heft 2. Halle a. d. S. 1914. Marholds Verlagsbuchhandlung. Preis: 1,80 M.

Stern hat die einzelnen Bevölkerungskreise in verschieden hohe Kulturkreise eingeteilt, und zwar nach folgenden Gesichtspunkten:

I. 1. Wie stark hat der einzelne in seiner Stellung im Leben die psychischen Funktionen, vorzüglich den Intellekt, gegenüber den körperlichen anzustrengen; 2. Wie groß ist seine soziale Abhängigkeit und damit sein soziales Verantwortlichkeitsgefühl? Wir unterscheiden einen Kulturkreis im engeren und im weiteren Sinne. Der erstere setzt sich aus dem Milieu des Elternhauses und dem des Berufes zusammen. Zu dem letzteren gehört die Einwirkung, die durch die weitere Umgebung des Menschen, den städtischen bezw. ländlichen Wohnort, gegeben ist.

II. Mit der Höhe des Kulturkreises nehmen die funktionellen Psychosen und die Paralyse zu, die Dementia praecox, die Epilepsie und die Imbezillität dagegen ab. Was auf die Gesamtheit der funktinonellen Psychosen zutrifft, gilt innerhalb dieser Krankheitsgruppe ganz besonders für die Manie, das periodische und das zirkuläre Irresein sowie die Paranoia. Die Prozentzahlen des Alkoholismus sind in niederen Kulturkreisen etwas höher, jedoch scheinen die Unterschiede zwischen den absoluten Zahlen ganz gering auszufallen, ja, es ist möglich, daß hier überhaupt keine Verschiedenheiten vorhanden sind.

Stern konnte aus seinen Ergebnissen, soweit sie die funktionellen Psychosen betreffen, nach zwei Seiten hin Schlüsse ziehen: 1. wie die Kultur auf die Psyche überhaupt wirkt; 2. daß die Kultur einen Faktor in der Aetiologie der funktionellen Psychosen darstellt. Dieser braucht keineswegs in einem Aufbruch des Gehirns, im Sinne der Edingerschen Theorie, gesucht zu werden. Es hängt dies ganz von der Stellung ab, die man zur Frage der Vererbung erworbener Eigenschaften annimmt.

III. Mit der Höhe der Kultur eines Bevölkerungskreises oder eines Volkes nehmen die funktionellen Psychosen gegenüber den organischen zu. Dies gilt betreffs des Kulturkreises nicht nur relativ, sondern absolut Der Quotient:

$$\frac{\text{funktionelle Psychosen}}{\text{organische Psychosen}} \text{ oder } \frac{\text{quantitative Abweichungen von der Norm}}{\text{qualitative Abweichungen von der Norm}}$$

gibt also einen Maßstab ab für die Stärke der pathologischen Einwirkung der Kultur auf die Psyche und damit für die Höhe der Kultur, weshalb Verfasser ihn als den psychopathologischen Index der Kultur bezeichnet. Bei der Vergleichung der kulturell verschieden hochstehenden Völker dienten ihm als Typen für beide Erkrankungsgruppen das manisch-depressive Irresein auf der einen, die Dementia praecox auf der anderen Seite. Aus praktischen Gründen ist es geraten, den Quotienten aus beiden Krankheiten hier mit 100 zu multiplizieren.

Ferner zeigt sich, daß sich auch die „körperlichen“ Erkrankungen in funktionelle und organische einteilen lassen, und daß es wahrscheinlich ist, daß auch hier die quantitativen Abweichungen von der Norm gegenüber den qualitativen mit der Höhe der Kultur wachsen, daß somit der Quotient:

$$\frac{\text{funktionelle Krankheiten}}{\text{organische Krankheiten}}$$

für alle menschlichen Erkrankungen mit der Kulturstufe zunimmt und daher einen Wertmesser für den Grad der pathologischen Einwirkung der Kultur überhaupt darstellt, weshalb er als der pathologische Index der Kultur bezeichnet werden könnte.

IV. Auf die Unterschiede einzelner Völker in den Häufigkeitsquoten der Manie auf der einen, der Melancholie und des Suizids auf der anderen Seite ist das Klima von Bedeutung: die Manie bevorzugt die wärmeren und heißen Zonen, während die Melancholie und der Selbstmord, zwischen denen sich eine Wechselbeziehung findet, in Ländern mit kälterem Klima überwiegen.

V. Die Juden differieren in ihren geistigen und anderen Krankheiten wie in ihrem sozialen Verhalten nur quantitativ von den übrigen Kulturvölkern und verhalten sich wie die höheren Bevölkerungskreise dieser, was ihrer eigenen Berufszusammensetzung völlig entspricht. Die Juden stellen also in allen diesen Beziehungen den reinsten Typus eines Kulturvolkes dar, d. h. alle Wirkungen der Kultur kommen bei ihnen am deutlichsten zum Ausdruck. Darauf beruht nach Ansicht des Verfassers auch die hohe Bedeutung, die dieses Volk, bei dem alle Unterschiede, alle Zeit- und Denkrichtungen wie alle menschlichen Charaktere bis ins Extrem gesteigert sind, für die übrige zivilisierte Menschheit besitzt.

Dr. Többen-Münster i. W.

Zur Differentialdiagnose zwischen Hebephrenie und Hysterie. Von Fritz Kreuser-Winnental. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie und Psychischgerichtliche Medizin; 1913, LXX. Band, 6. Heft.

Der Verfasser kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Erfahrung lehrt, wie kompliziert die Symptomenbilder bei der Hebephrenie und Hysterie sein können, und wie schwierig infolge äußerlicher Aehnlichkeiten in der Symptomatologie die Differentialdiagnose werden kann. Es bedarf hier des Nachweises, daß ein Symptom rein endogen bezw. rein durch ein affektbetontes Moment bedingt ist; ferner mus der klinische Verlauf zur Diagnose herangezogen werden; daher ist die Möglichkeit der Frühdiagnose fast zur Unmöglichkeit geworden.

2. Es gibt aber auch Kombinationen beider Krankheiten: a) zu einer vorher bestehenden Hysterie tritt Hebephrenie; b) die Hebephrenie bildet das auslösende Moment einer hysterischen Störung. Solche Krankheitsbilder zeigen sich ebenfalls sehr verwickelt, aber sehr markannt abstechend von den Verlaufsformen der einfachen Seelenstörung Hebephrenie.

3. Im Endzustand schwindet die Hysterie unter der für Hebephrenie charakteristischen gemütlichen Verblödung. Dr. Többen-Münster i. W.

Zur Psychologie der Selbstbezichtigung. Von Dr. med. Ernst Burchard-Berlin. Beiträge zur forensischen Medizin. Herausgegeben von Dr. H. Lungwitz-Berlin. Band I, Heft 5; Preis: 1 Mark.

Zusammenfassend schildert Dr. Burchard seine psychologischen Ergebnisse hinsichtlich der Selbstanzeige folgendermaßen:

Die Selbstbezichtigung ist, wie an einer Reihe von Beispielen, bei denen keine manifeste Geisteskrankheit vorlag, festgestellt wurde, in der Regel Ausfluß und Symptom einer degenerativ-hysterischen Konstitution, kann als solches leicht infektiös wirken und zu epidemischer Verbreitung führen.

Die ausgesprochen pathologisch begründeten Fälle von Selbstbezichtigung zeigen die beachtenswerten und typischen Motive in krasser und besonders sinnfälliger Form; sie erleichtern daher das Verständnis des Problems überhaupt.

Eine Beschuldigung anderer Personen, die mit einer Selbstbezichtigung verbunden ist, gewinnt dadurch nicht an Beweiskraft, sondern fordert eine um so vorsichtigere Prüfung.

Selbstbezichtigung und Geständnis dürfen nur dann als Beweismittel betrachtet werden, wenn die objektiven Feststellungen hinsichtlich des in Betracht kommenden Delikts mit ihnen in Einklang stehen.

Dr. Többen-Münster i. W.

Zum Kapitel der Simulation. Von Oberarzt Dr. Mönkemöller-Hildesheim. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin usw.; 1913, 46. Band, 2. Heft, S. 252—308.

In sehr ausführlicher Weise wird die Geschichte einer Betrügerin dargestellt, die, etwas neuropathisch veranlagt, jahrelang Geisteskrankheit zu simulieren und viele Aerzte zu täuschen verstand. Der Verfasser ist in einem interessanten Gutachten auf Grund längerer Beobachtung energisch für die Zurechnungsfähigkeit eingetreten und hat damit, wie der weitere Verlauf gezeigt hat, gegen das Obergutachten des Medizinalkollegiums Recht behalten. Nach der Verurteilung zu 6 Jahren Gefängnis und nachdem ein neuer Versuch, in der Strafe Geisteskrankheit vorzutäuschen, mißlungen war, gab die Bestrafte alle weitere Simulation auf. Alle Krankheitszeichen schwanden; die Bestrafte führte sich so musterhaft, daß ihr das letzte Viertel der Strafe erlassen wurde. Sie hat bald wieder geheiratet. Einzelheiten sind im Original zu lesen.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Kasuistischer Beitrag zur Frage der forensisch-psychiatrischen Beurteilung der Heimweh-Verbrecherinnen. Von Oberarzt Dr. Roesen-Landsbeg a. d. W. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; LXX. Bd., 6. Heft.

Es handelt sich in solchen Fällen immer um blutjunge, gutmütige Mädchen, die zum ersten Male dem Elternhause entrissen, von schwerem Heimweh ergriffen werden und in ihrer Herzensangst und zur Befreiung aus der sie bedrückenden Lage zu Verbrechen sich hinreißen lassen, die an Grausamkeit und

Brutalität nicht viel zurückstehen vor den Verbrechen der übelsten Mordgesellen und Gewohnheitsverbrechern Nach verübter Straftat versuchen sie, wie auch Jaspers bestätigt, meist zu lügen, sie korrigieren aber bald ihre falschen Angaben. Das Auftreten von Reue soll nach Jaspers bei den Uebeltätern aus Heimweh sehr verschieden sein; viele zeigen nur kurze und nicht tiefgreifende Anwandlungen von Reue. In Rosens Fall ließ die Untersuchte andauernde Reue erkennen, das hielt sie aber nicht ab, zu anderen Zeiten, wenn sie im Kreise fröhlicher und scherzender Menschen sich befand, sich an den gemeinsamen Unterhaltungen in ungezwungener Weise zu beteiligen und nach Kinder Art ein vergnügtes Wesen zu zeigen, das zu ihrer Lage wenig paßte. Erwähnt sei noch, daß sie in der Anstalt und auch in der Haft, soweit Verfasser dieses feststellen konnte, nie etwas von Heimweh mehr erwähnte.

Die Frage, was aus derartigen Heimwehverbrecherinnen später wird, ist nicht so einfach zu beantworten. Bis jetzt hat man häufig beobachtet, daß sich derartige jugendliche Rechtsverbrecherinnen in den späteren Jahren dauernd gut gehalten und weitere schwere Konflikte mit dem Strafgesetzbuch nicht mehr gehabt haben. Dr. Többen-Münster i. W.

Die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes nach dem Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz. Von Prof. Dr. phil. et Med. H. Liepmann-Berlin. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. X. Bd., 5. H. Halle a. d. S. 1914. C. Marholds Verlagsbuchhandlung. 56 S. Preis: M. 1,20.

Professor Liepmann faßt seine Ausführungen in folgendem zusammen:

1. An dem Standpunkt des Bundesamts, daß die bloße Abstempelung eines Menschen als geisteskrank oder geistesschwach es nicht erübrigt, den Ausschluß der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes zu beweisen, kann nicht gerüttelt werden; denn es kann diesem Standpunkt nicht die Behauptung entgegen gesetzt werden, daß alle Willensbestimmungen eines jeden, der noch unter die psychiatrische Rubrik „geisteskrank" oder „geistesschwach" gebracht werden kann, krankhaft verändert sind.

2. Da aber die Begriffe geisteskrank und geistesschwach nach oben nicht ganz scharf begrenzt sind, ist es Sache des Gutachters, den Beweis zu erbringen aus der näheren Darlegung der Geistesbeschaffenheit des Geisteskranken oder Geistesschwachen, und zwar im Hinblick auf eine psychische Leistung von der Art der Aufenthaltswahl.

3. Freie Bestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes liegt nicht schon dann vor, wenn jemand sich tatsächlich von Ort A. nach Ort B. begeben hat.

4. Auch dann nicht, wenn er es aus eigenem Antrieb ohne fremde Unterstützung getan hat.

5. Auch dann nicht, wenn objektiv gegen die Wahl nichts Entscheidendes einzuwenden ist.

Alle diese Gesichtspunkte verwechseln teils Freiheit von äußerem Zwang mit innerer psychischer Freiheit, teils verschieben sie den geforderten Nachweis eines subjektiven Faktors auf den eines objektiven Tatbestandes. Nicht nach der Fähigkeit, tatsächlich seinen Wohnsitz zu verlegen, wird im Gesetz gefragt, sondern nach dem subjektiven Merkmal der Freiheit bei der Wahl. Der Effekt einer Handlung kann zufällig zweckmäßig sein, ohne daß die psychischen Vorgänge, durch die sie zustande gekommen ist, regelrecht abgelaufen sind. Sind diese unzweifelhaft wesentlich von der Norm abweichend, so fehlt ihnen der Charakter der „Freiheit"; sie sind rechtlich unbeachtlich.

6. Der Ersatz des Merkmales des Ausschlusses der „freien Selbstbestimmung" durch „völlige Willenslosigkeit" entspricht weder dem Gesetz noch den Grundlehren der Psychologie. Die Auffassung, die Motive seien für das Merkmal der Freiheit gleichgültig, ist unhaltbar.

7. Unfrei ist eine Willensbestimmung, wenn sie wesentlich unter krankhaften psychischen Bedingungen steht.

8. Der Beweis, daß die Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufent-

haltsortes unfrei war, ist dann geführt, wenn nachgewiesen wird, daß die zu einer vital und rechtlich so folgenreichen Entscheidung, wie es die Wahl des Aufenthaltsortes ist, mitwirkenden geistigen Funktionen wesentlich gestört sind (Generalbeweis).

9. Läßt sich darüber hinaus der Spezialbeweis bringen, d. h. lassen sich positive und konkrete krankhafte Faktoren aufweisen, die tatsächlich speziell die Aufenthaltswahl oder die Beibehaltung des Aufenthaltsortes bestimmt haben, so beseitigt das zwar den letzten Rest von Zweifel, den eventull ein noch anfechtbarer Generalbeweis übrig läßt; aber ein solcher Spezialbeweis ist nicht conditio sine qua non.

10. Für die Beurteilung des Geisteszustandes eines Menschen sind Tatsachen, die Laien berichten, belangreich. Dagegen sind Urteile von Laien besonders ungebildeten Laien, z. B. ihre Antwort auf die Frage, ob jemand frei bei der Wahl des Aufenthaltes war, ob er geisteskrank war usw., nicht ins Gewicht fallend, jedenfalls nicht geeignet, entgegen stehende Urteile von sachverständigen Aerzten zu entkräften.

11. Der Ersatz von „freier Selbstbestimmung“ durch die Wendung „richtiges Erkennen und Wollen“ ist dann unbedenklich, wenn unter „richtig“ nicht objektiv zweckmäßig, sondern subjektiv regelrecht, d. h. nicht durch Krankheit beeinträchtigt, verstanden wird.

12. Die Anwendung dieser Formel auf den Fall, daß die richtige Erkenntnis die Erkenntnis ist, ins Irrenhaus zu gehören, führt zu einem Widersinn; denn das Zugeständnis, daß jemand ins Irrenhaus gehört, hebt die sonst aus richtigem Erkennen und Wollen zu ziehenden Schlußfolgerungen vollkommen auf, ja spricht mit größter Wahrscheinlichkeit für deren Gegenteil.

13. Da die Anwendung dieser abgeleiteten Formel leicht zu dialektischen Entgleisungen führt, ist sie bedenklich. Die unmittelbare Definition von freier Selbstbestimmung als einer Selbstbestimmung, die wesentlich vom Einfluß krankhafter psychischer Bedingungen frei ist, ist daher als Grundlage der Entscheidungen vorzuziehen. Dr. Többen-Münster i. W.

Ueber das strafprozessuale Verfahren in Schweden bei wegen Verbrechen angeklagten Personen zweifelhaften Zustandes nebst Reformvorschlägen. Von Dr. med. Olaf Kinberg in Stockholm. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen; IX. Band, Heft 2—4, Kl. 8°, 132 S. Halle a. S., 1913; Verlag von K. Marhold.

Nach Ansicht des Verfassers leidet das gerichtliche Verfahren in Schweden gegen die wegen Verbrechens angeklagten Personen zweifelhaften Geisteszustandes an zwei wesentlichen Mängeln. Diese sind:

1. die Abwesenheit sicherer Garantien dafür, daß eine bei dem Angeklagten etwa vorhandene Geisteskrankheit bezw. psychische Abnormität während der Untersuchung entdeckt wird, und

2. die Befugnis des Gerichtshofs, eine gerichtspsychiatrische Untersuchung des Angeklagten zu verhindern, auch wenn der Verdacht eines abnormen Geisteszustandes bei diesem vorliegt.

Zur Abstellung des erstgenannten Mangels ist eine psychiatrische Untersuchung gewisser Kategorien wegen Verbrechen Angeklagter erforderlich, bei denen besonderer Anlaß vorliegt, das Vorhandensein einer psychischen Störung zu vermuten. Diese besonderen Anlässe sind folgende:

a) Die als pathologisch verdächtige Natur des Verbrechens.

b) Rückfall in Verbrechen.

c) Das Alter des Angeklagten.

d) Soziale Inkapazität.

e) Der Charakter der kriminellen Handlung als Ausdruck einer Persönlichkeitsveränderung des Angeklagten.

f) Auffallende, eigentümliche (als pathologisch verdächtige) Motivierung der kriminellen Handlung.

In Fällen, wo die Untersuchung gezeigt, daß der Angeklagte geisteskrank oder psychisch abnorm ist, oder wo der Gefängnisarzt zu keinem bestimmten Ergebnis hat kommen können, ist ein motiviertes Gutachten abzugeben. Alle Gutachten sind der Prüfung der höchsten gerichtspsychiatrischen Instanz zu unterstellen.

Betreffs des Verfahrens gegenüber den wegen Verbrechen angeklagten „unzurechnungsfähigen“ Personen sind allgemeine Bestimmungen zu erlassen. Diese müssen der Hauptsache nach vorschreiben:

daß jede wegen Verbrechen angeklagte, für „unzurechnungsfähig“ erklärte Person zu weiterer Beobachtung in eine Irrenanstalt aufzunehmen ist;

daß diejenigen, die wegen Gemeingefährlichkeit oder wegen der Beschaffenheit der Krankheit der Anstaltspflege bedürftig sind, in der Irrenanstalt so lange zu bleiben haben, als ihr psychischer Zustand oder die Sicherheit des Gemeinwesens es wünschenswert machen;

daß für diejenigen, die nicht der Pflege oder Ueberwachung in einer Irrenanstalt bedürfen, in geeigneter Weise eine Ueberwachung außerhalb der Anstalt angeordnet wird, um neue gesetzeswidrige Handlungen zu verhindern und nötigenfalls rechtzeitig die Wiederaufnahme des Kranken in eine Irrenanstalt zu bewirken.

Behufs Feststellung der wirklichen Anzahl Geisteskranker und Minderwertiger in den schwedischen Strafanstalten ist eine aus Sachverständigen bestehende Kommission damit zu beauftragen, eine Untersuchung der Sträflinge anzustellen.

Kriminelle Geisteskranke, die der Pflege oder Ueberwachung in einer Irrenanstalt bedürfen, sind nach allgemeinen psychiatrischen Prinzipien zu behandeln. Die große Mehrzahl dieser Kranken kann in gewöhnlichen Heil- oder Pflegeanstalts-Abteilungen gepflegt werden. Für eine geringere Anzahl sind besondere Maßnahmen erforderlich. Diese haben in der Errichtung zweier Arten von Irrenabteilungen zu bestehen, nämlich teils als sog. Gefängnis-Irrenanstalten, teils als kleinere feste Abteilungen in gewöhnlichen Irrenanstalten.

Die Gefängnis-Irrenanstalten haben als Aufnahme- und Beobachtungsabteilungen für Untersuchungs- und Strafgefangene sowie für strafintolerante Rekonvaleszenten oder psychisch Minderwertige zu dienen. In ihnen sind nur akut Geisteskranke, Strafintolerante, sowie nach Maßgabe des Raumes besonders gefährliche chronisch Kranke zu pflegen. Nach Ablauf der Strafzeit darf kein Patient weiter in der Gefängnis-Irrenanstalt verbleiben. Die chronisch Kranken sind der Regel nach in eine gewöhnliche Irrenanstalt zu überführen.

Der Gefängnisarzt muß völlig selbständig in allen Fragen sein, die den Gesundheitszustand der Sträflinge betreffen.

In gewöhnlichen Irrenanstalten sind je nach Bedarf kleinere Abteilungen für besonders gefährliche Geisteskranke einzurichten, gleichgültig, ob sie Kriminalpatienten sind oder nicht. Diese festen Abteilungen müssen vom administrativen Gesichtspunkt aus den übrigen Abteilungen der Anstalt gleichgestellt sein. Dr. Többen-Münster i. W.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Beiträge zur Untersuchung und Begutachtung Unfallverletzter. Von San.-Rat Dr. Sonnenkalb-Leipzig. Zeitschrift für Bahnärzte; 1913, Nr. 12.

Von sehr großem Werte ist die Photographie; sie erspart viele Worte und führt ganz anders zum Ziele. Es gibt auch Zustände, die sich überhaupt nicht genau beschreiben lassen; außerdem ist die Photographie bsonders dafür von großem Wert, daß das, was so fixiert ist, später beim Schiedsverfahren nicht in Abrede gestellt werden kann. Von großer Wichtigkeit zur Begutachtung ist ferner die Messung, die nicht sorgfältig und genau genug vorgenommen werden kann. Man muß mit größtmöglicher Genauigkeit die Stelle angeben, an der die Messung vorgenommen worden ist. Nach Bertillon bestimmt Verfasser am Arme von der Spitze eines gestreckten unverletzten Fingers den Meßpunkt; z. B. 34 cm oberhalb der Spitze des gestreckten Mittelfingers. Für die Messung selbst ist das gewöhnliche Bandmaß viel zu ungenau; das eigentliche Meßinstrument an konischen Flächen ist die Linie, also der Faden. Verf. benutzt hierfür einen etwa einen Millimeter dicken leinenen Bindfaden, an dessen Ende eine Arterienklemme, einen Köberle eingeklemmt ist. Wo der Faden der Spitze des Köberle begegnet, klemmt man eine zweite Pinzette ein und mißt das Fadenstück nach Zentimetern und Millimetern ab. Verfasser hält die Sagittalebene für den einzig richtigen und genauen Ausgangspunkt einer Messung und hat einen Drehungsmesser konstruiert, der sich sehr gut bewährt hat. Das zweite von ihm konstruierte Meßinstrument, ein Längenmesser,

ist in der Hauptsache für Messungen an den unteren Extremitäten bestimmt. Der Apparat besteht aus einer Holzplatte, die fest an die Fußsohle angedrückt werden kann. Am Rande dieser Fußplatte steht rechtwinklich zu ihr ein breites Lineal mit Millimetereinteilung bis zu 75 cm. Parallel dem Rande mit dem Maßstab steht eine Messingschiene, an der sich ein kleiner Ring mit einem Meßfaden bewegt. Drückt man die Fußplatte nun so fest als möglich an die Fußsohle an, so kann man mit der anderen Hand den am gleitenden Ringe befestigten Meßfaden mit Leichtigkeit quer über das Bein hinwegschieben und die Entfernung von der Trittfläche der Fußsohle auf dem Maßstabe ablesen. Bessere Dienste als irgendein anderes Meßverfahren leistet das Instrument bei Feststellung der Verkürzung eines Beines. Den Apparat legt man zwischen den beiden Beinen und drückt das Fußbrett fest an die Hacke des nicht verkürzten Beines, das verkürzte Bein berührt das Fußbrett nicht. Nun nimmt man ein Lineal, drückt dies fest an die Hacke des verkürzten Beines und liest das Maß ab an der Stelle, wo die obere Fläche den Maßstab schneidet.

Beim normalen Zugreifen erheben sich die Fingerstrecker als ziemlich weicher Muskelbauch, bei krampfhaften Feststellung und einer bestimmten Stellung bleibt dagegen der Muskelbauch nicht nur weg, sondern es bildet sich eine feine Rinne zwischen Musculus extensor digitorum communis und dem Adduktor und Extensor pollicis. Bei Leuten, die schwere Handarbeiten verrichten und starke Arbeitsschwielen an den Händen haben, wie bei Schmieden, Schlossern, auch bei landwirtschaftlichen Arbeitern, stehen die Finger im Normalzustande so gut wie nie ganz ausgestreckt, sondern immer in leichter Beugestellung. Nicht selten sind die großen Gelenke des Armes, die Handgelenke und Ellenbogengelenke, nur in den äußersten Graden der Ueberstreckung oder Beugung gehemmt, sonst aber nicht. Dies ist meist nicht von Bedeutung, da die alleräußersten Grade der Bewegung in der Regel bei der Arbeit nicht gebraucht werden. Wenig angenehm und unsicher sind die Messungen an der Schulter. Auch hier ist es zweckmäßig, den Arm horizontal auflegen zu lassen, die Entfernung von der Spitze eines gestreckten Fingers zu bestimmen und dann den Umfang des Deltamuskels zu messen. Für Begutachtung an der unteren Extremität empfiehlt Verfasser jedem Gutachter zunächst, sich ein gutes Unterschenkelskelett zuzulegen; denn wenn man das, was man am verletzten Fuße fühlt, am Skelett kontrollieren kann, so gibt dies eine ganz andere Sicherheit. Untersuchungen an den unteren Extremitäten sind in liegender Stellung des Untersuchten durch Unterstützung der Hacke, also bei freischwebender Wade zu machen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Aneurysma arterio-venosum der Femoralgefäße nach Schußverletzung des Oberschenkels. Von A. B. Eisenbrey, M. D., Resident pathologist, St. Lukés' hospital, New-York. The journ. of the am. med. ass.; LXI, 1913, Nr. 24, S. 2155.

Ein 63jähriger Arzt wurde mit Klagen über Atemnot, die seit 1—2 Jahren etwa bei Anstrengungen aufgetreten sei, mit Zeichen von Herzinsuffizienz, leichtem Oedem am Bauch, Beinen und Füßen ins Krankenhaus aufgenommen. 18 Jahre vorher war der Patient durch ein kleinkalibriges Geschoß am linken Oberschenkel verletzt worden. Er hatte trotzdem nachher zu Pferde große Reisen durch Südamerika unternommen und scheint nicht wesentlich in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt worden zu sein. In den letzten Monaten war die Atemnot aber auch im Liegen eine bedeutende gewesen. — Befund: Die Herzdämpfung überschritt den linken Sternalrand; es bestand Mitralinsuffizienz, ein unregelmäßiger Puls von 90—100 in der Minute. Im Harn nur zeitweise Spuren von Eiweiß. Ueber den Lungen feuchte Rasselgeräusche. Flüssigkeitserguß R. U. In der linken Leistenbeuge fand sich ein pulsierender, ausdehnungsfähiger Tumor über der A. femoralis profunda; man hörte dort ein systolisches Geräusch. 8 Tage nach der Aufnahme trat der Tod ein.

Bei der Obduktion fand sich: Hyperaemie aller Organe. Herzerweiterung und Hypertrophie. Die Muskulatur des Herzens blaß und schlaf. Die Tricuspidalis erweitert, 5 Finger aufnehmend; die Mitralis 3. Die Klappen verdickt. Sklerose der Aortenklappen. Erweiterung des Aortenbogens, Verdickung und atheromatöse Veränderung der Kranzgefäße. Die linke Vena iliaca außerordentlich erweitert, die linke Arteria iliaca erweitert und geschlängelt.

Die Kugel hatte die A. und V. femoralis superficialis dort, wo sie nahe bei einander liegen, durchbohrt. Ein- und Austrittstelle im Gesäß lagen einander genau gegenüber. Es war eine dichte Adhaerenz zwischen beiden eingetreten; eine zarte Oeffnung von unregelmäßigen Kontouren und 0,7 cm Durchmesser persistierte. Auch von der linken Arterienwand war die Perforationsstelle zurückgeblieben; sie kommunizierte mit einem eiähnlichen, dickwandigen, sackförmigen Aneurysma von 4 : 4,5 cm Durchmesser. Nahe der Oeffnung war der Sack dünn und petrifiziert; die Höhle enthielt ein frisches Gerinnsel; die anderen zwei Drittel waren mit dichtem, organisiertem Thrombus gefüllt. Es scheint, als ob auch die V. femoralis ein sackförmiges Aneurysma an ihrer medialen Wand gehabt habe. 8 cm unter der Kommunikationsstelle zwischen Arteria und Vene war die Venenwand verdickt und erweitert; sie zeigte hier wohlentwickelte Klappen. Proximalwärts von ihrer Verbindung waren Arterie und Vene auf einen Durchmesser von je 2,5 cm erweitert. Sie verschmälerten sich unter dem Poupartschen Bande, um höher hinauf sich wieder zu erweitern. Die A. iliaca communis zeigte eine Erweiterung; ihre Länge betrug 38 cm infolge Schlängelung, während sie gewöhnlich 15 cm lang ist. Die Vene bildete einen 7 cm langen, 6½ cm im Durchmesser zeigenden, spindelförmigen Sack. Erweiterung und Verdickung ihrer Wand bis zur V. cava inf. Infolge des im Becken herrschenden Druckes waren beide Ureteren auf das Doppelte erweitert, ebenso waren die Nierenbecken erweitert. Die Lymphknoten in der linken Seite waren vergrößert; die Lymphgefäße erweitert. — Und mit all diesen Veränderungen war der Mann viele Jahre arbeitsfähig gewesen. Es handelte sich eben um einen Arzt. Dr. Mayer-Simmern.

Telephon und Unfall. Gutachten von Dr. Rudolf Förster-Berlin-Charlottenburg. Berliner klinische Wochenschrift; 1913, Nr. 48, S. 2238.

Im Anschluß an einem Telephonunfall trat ein langdauerndes Nervenleiden funktioneller Natur ein, das in den einzelnen Erscheinungen an Migräne erinnert. F. stellte zur Erklärung des Zustandekommens solcher Unfälle Versuche an einem ihm von der Postverwaltung gestellten Apparat an. Er stellte fest, daß plötzliche heftige Schallerscheinungen namentlich entstehen, wenn man den Stöpsel zur Herstellung einer Verbindung gerade dann einführt, wenn die Kurbel stark gedreht wird. Dieser rein akustische Reiz ist bisweilen sehr heftig; daß er aber zur Hervorbringung einer Erkrankung genügt, ist nur anzunehmen, wenn eine besondere nervöse Disposition vorhanden ist.

Dr. Beintker-Düsseldorf.

Begriff „Unfall“. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 21. Februar 1914.

Ein Betriebsunfall ist gegeben, wenn der Verletzte der Gefahr, der er erlegen ist, durch die Betriebsbeschäftigung ausgesetzt war. Damit scheiden für die Haftung der Berufsgenossenschaften im allgemeinen aus plötzliche Gesundheitsschädigungen während der Betriebsbeschäftigung, die lediglich auf körperlicher Veranlagung beruhen und deshalb regelmäßig nicht als Unfälle gelten können, ferner Unfälle von Versicherten, wenn diese durch ihr Verhalten die Beziehungen zum Betriebe gelöst hatten oder eigenwirtschaftlich tätig waren. Der Begriff des Betriebsunfalles erfordert nicht, daß die Unfallgefahr eine besondere, dem Betriebe eigentümliche oder daß der Versicherte ihr durch die Betriebsbeschäftigung in erhöhtem Maße ausgesetzt war. Anderseits liegt ein Betriebsunfall nicht schon dann vor, wenn ein schädigendes Ereignis mit der Betriebsbeschäftigung nur zufällig örtlich und zeitlich zusammentraf, wie beispielsweise in der Regel bei Unfällen aus allgemein wirkenden Gefahren (Epidemien, Erdbeben, Ueberschwemmungen) oder bei vorsätzlichen Verletzungen, die durch Dritte aus rein persönlichen, gegen den Verletzten gerichteten Beweggründen erfolgten. Vielmehr bedarf es zur Annahme eines Betriebsunfalls auch des ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Betriebe und dem schädigenden Ereignisse. Als Ursachen kommen dabei nicht schon lose und entfernt mit dem schädigenden Ereignisse verbundene, sondern nur solche Umstände in Betracht, die nach Auffassung des praktischen Lebens „rechtlich beachtliche“ sind, d. h. zum Zustandekommen des Unfalls wesent-

lich beigetragen haben. Daraus folgt, daß die den Zwecken des Betriebs dienende Beschäftigung ursächlich im obigen Sinne beim Unfall mitgewirkt haben muß, daß der Versicherte also infolge der Beschäftigung im Betriebe der Gefahr, der er erlegen ist, ausgesetzt wurde. Trifft dies zu, so stellen sich die sogenannten Gefahren des täglichen Lebens als Gefahren des Betriebs dar, und es werden daher die durch sie herbeigeführten Unfälle von der Unfallversicherung ebenso ergriffen wie andere Unfälle beim Betriebe.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und einer durch anschließende Begehrungsvorstellungen (Rentensucht) bedingten Erwerbseinbuße verneint. Urteil des Reichsgerichts (VI. Ziv.-Sen.) vom 4. Dezember 1913.

Im November 1906 hatte die vormalige Telegraphengehilfin Elsa R. im Fernsprechdienste einen Unfall erlitten, wegen dessen Folgen sie nach dem Unfallfürsorgegesetz für Beamte vom 18. Juni 1901 in den Ruhestand hatte versetzt werden müssen. Der Reichspostfiskus, der aus dem Betriebsunfall Entschädigungsverpflichtete, ließ darauf auf Grund des auf ihn gesetzlich übergegangenen Forderungsrechtes (§ 12) der R. an den für den Unfall verantwortlich gemachten Dr. M., diesen gerichtlich belangen, und zwar für alle die Aufwendungen, die aus dem Betriebsunfall an die R. auf Grund des Unfallfürsorgegesetzes, als Unfallsruhegehalt oder Heilkosten bezahlt werden mußten. Das Landgericht willfahrte dem Klagebegehren, das Berufungsgericht, das Kammergericht in B., wies dagegen die Klage auf die seitens des Dr. M. eingelegte Berufung ebenso ab wie das Reichsgericht die hiergegen vom Postfiskus eingelegte Revision und zwar aus folgenden Entscheidungsgründen: Die Klage ist nur dann begründet, wenn die zum Ersatz aufgeforderten Aufwendungen des Klägers (Unterschiedsbeträge, Heilungskosten, Ruhegehalt) durch eine Erkankung verursacht sind, die auf den Unfall vom 11. November 1906 zurückzuführen ist. Der erste Richter hat diesen Kausalzusammenhang bejaht. Das Berufungsgericht hat Beweise und schließlich ein Obergutachten erhoben, das den Kausalzusammenhang verneint. Nach der auf das Obergutachten gestützten Annahme des Berufungsgerichts hat der Unfall nur leichte, vorübergehende Störungen, keine dauernde Gesundheitsbeschädigung bewirkt. Der Unfall hat aber Begehrungsvorstellungen (nach einer Rente) hervorgerufen, aus denen sich dann infolge einer nervösen Veranlagung bei der Elsa R. die „überwertige“ Idee entwickelt hat, eine schwere Gesundheitsschädigung erlitten zu haben. Aus dem Ueberwertigwerden dieser Idee einer Gesundheitsstörung hat sich die schließliche Dienstunfähigkeit entwickelt, deren Vorhandensein das Obergutachten in Zweifel zu ziehen scheint, ohne sie zu verneinen. Die durch die nervöse Veranlagung der R. bedingte Entwicklung der vom Obergutachten sog. überwertigen Idee der Gesundheitsstörung ist somit von dem Unfalle völlig zu lösen; der Zusammenhang mit diesem ist ein nur äußerer, der anknüpft an das Erleben des Unfalls als solches, nicht aber an eine durch den Unfall erst bewirkte Gesundheitsstörung. Die Begehrungsvorstellungen stehen daher in keinem Kausalzusammenhang mit dem Unfall; denn dieser müßte, um als kausal angesehen werden zu können, wenigstens dafür mitverantwortlich gemacht werden können dafür, daß die R. jenen Begehrungsvorstellungen keine ausreichenden Hemmungen entgegenzusetzen hatte. Für diese Annahme lag jedoch kein begründeter Anhalt vor.

(Sächsische Korrespondenz.)

Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod infolge von Kopfrose und Betriebsunfall ist nur dann anzunehmen, wenn die Wunde, die dem Erreger der Kopfrose den Eintritt in die Blutbahn ermöglicht hat, durch den Unfall herbeigeführt ist und zwischen diesem und dem Ausbruch der Kopfrose höchstens ein Zeitraum von 1 bis 8 Tagen liegt. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 25. November 1913.

Bei Augenverlusten ist der Grad der Erwerbsfähigkeit von Fall zu Fall unter Berücksichtigung der persönlichen Verhältnisse des Verletzten

zu schätzen. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 26. November 1913.

Der Verletzte hat das rechte Auge im Jahre 1888 verloren. Er arbeitet seit Jahren wieder als Gesteinshauer, und zwar nach einer Auskunft der Zeche vom 23. September 1911 zu einem Tageslohn von 5,70 M. Es mußte daher angenommen werden, daß nunmehr, und zwar schon seit längerer Zeit Gewöhnung an das Sehen mit einem Auge erfolgt ist. Auch bei Augenverletzungen ist lediglich davon auszugehen, daß der Grad der Erwerbsfähigkeit von Fall zu Fall unter Berücksichtigung der persönlichen Verhältnisse des Verletzten zu schätzen ist, und daß in erster Linie der allgemeine Arbeitsmarkt, auf den alle Arbeiter angewiesen sind, über die Bemessung der Erwerbsfähigkeit entscheidet. Die gegenwärtige Beschäftigung des Verletzten und der von ihm erzielte Verdienst zeigen aber, wie wenig er durch den Verlust des Auges in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt ist. Es liegt daher kein Grund vor, durch Belassung der bisherigen Rente von 33⅓ % seitens des Schiedsgerichts über die übliche, völlig ausreichende und angemessene Durchschnittsrente von 25 % hinauszugehen, nachdem völlige Gewöhnung an das einäugige Sehen eingetreten ist.

Die durch die Behandlung mit Extractum Filicis mar. bei einem wurmbehafteten Bergmann hervorgerufene Erblindung ist nicht als Betriebsunfall anzusehen; denn während der Wurmbehandlung befand sich der Bergmann nicht mehr im Banne des Betriebes. Außerdem ist die Wurmkrankheit ihrer Entstehung und ihrem Verlaufe nach nicht als Unfall, sondern als Gewerbekrankheit zu erachten. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 20. November 1913.

Apotheken und Dispensieranstalten in Krankenhäusern unterliegen der Unfallversicherungspflicht. Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamts vom 20. und 22. Dezember 1913.

Besprechungen.

Dr. Hager: Das Mikroskop und seine Anwendung. Handbuch der praktischen Mikroskopie und Anleitung zu mikroskopischen Untersuchungen. 11. umgearbeitete Auflage. Unter Mitwirkung von Reg.-Rat Appel-Berlin, Prof. Dr. Brandes-Dresden, Prof. Dr. Lindner-Berlin, Prof. Dr. Lochte-Göttingen. Herausgegeben von Prof. Dr. Mez-Königsberg i. Pr. Mit 441 in den Text gedruckten Figuren. Berlin 1912. Verlag von Julius Springer. Kl. 8°. 375 S. Preis: geb. 10 M.

Im ersten Teil des vorliegenden Buches wird das Mikroskop selbst besprochen und zwar die Theorie des Mikroskopes, seine mechanische Einrichtung, Ankauf und Prüfung, Behandlung und Gebrauch. Der zweite Teil behandelt die mikroskopischen Objekte und zwar Objekte aus dem Pflanzenreich, solche von höheren Pflanzen und dann von niederen Pflanzen. Es folgen Objekte aus dem Tierreich, tierische Gewebe, vom menschlichen und tierischen Körper stammende Objekte und Objekte von anderen Tieren. Die Abhandlungen werden durch zahlreiche gute Illustrationen unterstützt. Gegen die früheren Auflagen hat das Buch verschiedene erhebliche Aenderungen erfahren, vor allem sind die früher ziemlich breit behandelten Fundamente der botanischen und zoologischen Histologie fast ganz fortgefallen. Das Kapitel der Schimmel- und Hefepilze ist erheblich vermehrt und eine Reihe anderer Objekte und Untersuchungsmethoden neu eingefügt worden.

Das Buch wird seiner Aufgabe, dem Anfänger eine Anleitung und dem Untersucher ein Ratgeber zu sein, vollauf gerecht und kann zur Anschaffung nur empfohlen werden. Rpd. jun.

Prof. Dr. v. Krafft-Ebing: Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung. Eine medizinisch-gerichtliche Studie für Aerzte und Juristen. XIV. vermehrte Auflage. Herausgegeben von Prof. Dr. Fuchs-Wien. Stuttgart 1912. Verlag von F. Enke. Gr. 8°; 460 S. Preis: geh. 11 M., geb. 12,40 M.

Das vorliegende Werk des bekannten, aber leider schon verstorbenen

Wiener Gelehrten hat so allgemeine Verbreitung gefunden, daß es hieße, Eulen nach Athen bringen, wollte man über seinen Inhalt und seine wissenschaftlichen Vorzüge noch weitere Worte verlieren. Verfasser ist auf dem Gebiete der sexuellen Pathologie bahnbrechend gewesen und trotz der Hochflut der Literatur auf diesem Gebiete, die seinen Veröffentlichungen gefolgt ist, ist sein Werk immer unerreicht geblieben. Es war aber auch nur einem Psychiater möglich, ein derartig heikles Thema würdig und streng wissenschaftlich abzuhandeln. Daß sein Werk vielfach in falsche Hände gekommen ist und neben der Aufklärung, die es Aerzten, Richtern und wirklich Kranken geben sollte, auch oft Wüstlingen zur Entschuldigung ihres schändlichen Tuns gedient hat, hat sicher niemand mehr bedauert, wie der Verfasser selbst. Er betont immer wieder, daß die perverse Handlung allein ohne psychische Defekte nie als krankhaft gelten könne; so sagt er z. B. auf Seite 376: „Außerhalb eines psychischen Defekt-, Entartungs- oder Erkrankungszustandes stehende Fälle von sexuellem Delikt können niemals der Entschuldigung der Unzurechnungsfähigkeit teilhaftig werden.“ Dieser Satz kann nicht genügend unterstrichen werden und mancher moderne Sexualpathologe sollte ihn immer und immer wieder durchlesen.

Die Neuauflage ist ebenso wie die vorhergehende von Prof. Dr. Fuchs herausgegeben und im wesentlichen unverändert geblieben; es waren nur geringe Aenderungen notwendig. Das Werk erscheint in seiner alten Gestalt vor seinen Freunden, deren Kreis sich sicher noch weiter vergrößern wird.

Rpd. jun.

Prof. Dr. med. Hugo Selter, Prof. der Hygiene in Bonn (jetzt Leipzig): **„Handbuch der deutschen Schulhygiene“**, unter Mitwirkung von Stadtarzt Prof. Dr. v. Drigalski-Halle a. S., Kinderarzt Dr. R. Flachs-Dresden, Prof. Dr. F. W. Fröhlich-Bonn, Bürgerschullehrer H. Graupner-Dresden, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. G. Leubuscher-Meiningen, San.-Rat Prof. Dr. F. A. Schmidt-Bonn und Stadtschulrat Dr. Wehrhahn-Hannover. Mit 149 Abbildungen und zahlreichen Tabellen. Verlag von Theod. Steinkopf. Dresden und Leipzig 1914. Gr. 8°, 760 S. Preis: 28 M., geb. 30 bez. 32 M.

Während die Schulhygiene früher nur vom allgemein hygienischen Standpunkte aus betrieben wurde, ist sie besonders in Deutschland seit etwa 10 Jahren immer mehr dazu übergegangen, sich auch die Ergebnisse der Nervenphysiologie, der Psychologie und der experimentellen Pädagogik dienstbar zu machen. Sie umfaßt also eine Reihe von Einzeldisziplinen, die dem Mediziner mehr oder weniger fern liegen. Es ist daher dankbar zu begrüßen, daß der als Schulhygieniker rühmlichst bekannte Herausgeber außer namhaften Schulärzten auch hervorragende praktische Pädagogen als Mitarbeiter für sein Werk gewonnen hat.

Das Handbuch zerfällt in 5 Hauptabschnitte. Im ersten Abschnitte, für den sich speziell der Medizinalbeamte und Architekt interessieren werden, behandelt Selter die Hygiene des Schulhauses und seiner Inneneinrichtung. Er bringt eine Reihe praktischer Musterpläne für Schulbauten, schildert ausführlich die Beleuchtung, Ventilation und Heizung der Schulräume und behandelt besonders eingehend die z. Z. noch so heiß umstrittene Schulbankfrage. Im zweiten Teile, der die Hygiene des Unterrichts umfaßt, bespricht Fröhlich die Leistungen des Nervensystems und seine Beziehungen zur Unterrichtshygiene, während Graupner den speziellen Teil der Unterrichtshygiene übernommen hat. Von der Hygiene des Schulkindes handelt der dritte und ausführlichste Hauptabschnitt. Er schildert eingehend die Entwicklung des Kindes in der vorschulpflichtigen Zeit (Flachs) und während der Schulzeit (Schmidt), sowie die Krankheiten des Schulkindes (v. Drigalski) und das Schularztwesen (Leubuscher). Der vierte Hauptabschnitt umfaßt die Hygiene des Lehrberufs und die Ausbildung der Lehramtskandidaten in Gesundheitspflege (Leubuscher und Flachs). Im fünften und letzten Teile bespricht Wehrhahn die Einrichtung der Hilfsschulen und den Unterricht in denselben, sowie Schmidt die Ursachen des jugendlichen Schwachsinns und seine Behandlung in der Hilfsschule

149 Abbildungen und zahlreiche Tabellen dienen zur Erläuterung des Textes.

Trotz der Zahl der Mitarbeiter stellt das 760 Seiten starke Werk ein einheitliches Ganzes dar, da es in allen seinen Teilen gleich flüssig und interessant geschrieben ist. Es bietet z. Zt. entschieden die erschöpfendste Darstellung des heutigen Standes der Schulhygiene. Bei der Bedeutung der Schulhygiene für den Medizinalbeamten sei auch diesem das Handbuch bestens empfohlen. Dr. Vasen-Bonn a. Rh.

Tagesnachrichten.

Vom 16.—27. März d. J. findet in Berlin wieder ein **Fortbildungskursus in der sozialen Medizin** für die **Medizinalbeamten** statt.

Unter dem 4. März d. J. ist für Preußen eine neue **Prüfungsordnung für Kreisärzte** erlassen, die am 1. April d. J. statt der bisherigen vom 21. Juni 1909 in Kraft tritt und in der Beilage „Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung" zur heutigen Nummer (s. S. 45 und folg.) abgedruckt ist. Sie bringt keine wesentlichen Aenderungen; die wichtigste ist die, daß künftighin neben den beiden wissenschaftlichen Ausarbeitungen noch die Bearbeitung eines erdachten gerichtlichen Falles unter Beifügung eines vollständigen Protoklls über eine Leichenöffnung mit begründetem Gutachten gefordert wird, dafür ist bei der gerichtsärztlichen Arbeit das bisher verlangte Protokoll usw. über einen erdachten Fall fortgefallen. Außerdem wird in der mündlichen Prüfung auch die gründliche Vertrautheit mit der Angestelltenversicherung verlangt, die praktischen Aufgaben auf dem Gebiete der Medizinal- oder Sanitätspolizei sollen möglichst „auf Grund von Akten" gelöst werden und bei der Prüfung in der hygienischen Bakteriologie hat der Prüfling je eine einfachere Aufgabe aus dem Gebiete der hygienischen und bakteriologischen Untersuchungsmethode zu lösen. Erwähnt sei noch, daß jetzt ausdrücklich der Direktor der Wissenschaftlichen Deputation die Leitung der Prüfung übernehmen und auch sonst allen Teilen der Prüfung beiwohnen kann und daß außerhalb Preußens wohnende Kandidaten ihre Zulassungsgesuche unmittelbar an den Minister des Innern zu richten haben. Die Prüfungsgebühren sind von 110 auf 120 M. erhöht.

Aus dem Reichstage. Auf die an den Reichskanzler betr. Todesfälle durch die **Behandlung Syphilitischer mit Salvarsan** gerichtete Anfrage (s. Nr. 5 dieser Zeitschrift, S. 215) hat in der Sitzung vom 6. d. M. der Direktor im Reichsamt des Innern v. Jonquières folgende Antwort gegeben:

„Für Todesfälle oder Fälle schwerer Gesundheitsschädigung, die nach der Anwendung von Salvarsan vorkommen, besteht nach Reichsrecht keine Anzeigepflicht. Infolgedessen fehlt es auch der Reichsverwaltung an amtlichen Mitteilungen darüber, wie oft derartige Fälle nach Salvarsanbehandlung eingetreten sind. Die in der medizinischen Literatur mitgeteilten Schädigungen werden von ärztlicher Seite teils auf unrichtige Auswahl der zu behandelnden Personen, auf Fehler und Unvollkommenheiten in der Anwendung oder auf die Sonderheiten des Verlaufs der Krankheit, teils, namentlich bei arsenüberempfindlichen Kranken, auf den Arsengehalt des Salvarsans zurückgeführt. Hiernach können die Schäden nur zum Teil durch die unmittelbare Giftwirkung des Salvarsans verursacht worden sein. So bedauerlich solche Fälle an sich sind, so ist doch zu bedenken, daß das Salvarsan bereits bei einer sehr großen Anzahl von Kranken ohne Schädigungen angewendet worden ist und daß vereinzelte Unglücksfälle auch bei anderen Heilmitteln nicht ausgeblieben sind. Die Aerzte, die das Salvarsan bisher angewandt und sich über ihre Erfahrungen ausgesprochen haben, sind weit überwiegend der Ansicht, daß es, richtig angewandt, eine sehr wertvollere Bereicherung des Heilmittelschatzes gegenüber Syphilis gebracht hat. Bisher war für die Reichsverwaltung kein Anlaß gegeben, einschränkende Maßnahmen gegenüber dem Salvarsan zu ergreifen und seine Anwendung Aerzten und Kranken zu erschweren. Nach den bestehenden Bestimmungen unterliegt das Heilmittel Salvarsan dem Apothekenzwang und dem Rezeptzwange. Die Einzelgaben des Salvarsans betragen 0,1 bis 0,6 Gramm; die darin enthaltenen Arsenmengen betragen 0,03 bis 0,2 Gramm

und übersteigen die der Maximaldosis für arsenige Säure antsprechende Arsenmenge (0,004 Gramm) somit um ein Vielfaches. Hierbei ist aber zu berücksichtigen, daß der Fachliteratur zufolge das Arsen im Salvarsan in einer erheblich ungiftigeren Form vorliegt als in der arsenigen Säure. — Die Reichsverwaltung wird der wichtigen Frage wie bisher die größte Aufmerksamkeit zuwenden und die geeigneten Feststellungen treffen, um prüfen zu können, ob etwa weitere Schutzvorschriften erforderlich sind."

Dem Reichstage ist der Entwurf eines Gesetzes, betr. **Abänderung der Gewerbeordnung** nebst Begründung zugegangen, in dem schärfere Bestimmungen für **Gast- und Schankwirtschaften mit geistigen Getränken, Kleinhandel mit Branntwein oder Spiritus** (§ 33), **Abhaltung von Singspielen, Gesangs- oder deklamatorischen Vorträgen** usw. (§ 33a) vorgesehen sind, und demzufolge für diese beiden Paragraphen eine andere Fassung vorgeschlagen wird. Danach ist die Genehmigung für einen solchen Betrieb zu versagen, wenn „der Nachsuchende die erforderliche Zuverlässigkeit in bezug auf den Gewerbebetrieb nicht nachzuweisen vermag"; bei Gastwirtschaften usw. (§ 33) auch dann, wenn Tatsachen vorliegen, daß das Gewerbe zum Vertreiben verfälschter oder verdorbener Nahrungs- oder Genußmittel gemißbraucht werden könnte. Außerdem muß für diese auch allgemeia das Bedürfnis nachgewiesen werden (was bisher erst durch die Landesregierungen besonders vorgeschrieben werden mußte). Neu ist ferner eine Bestimmung im § 33, daß Kleinhandel mit Branntwein oder Spiritus weder mit einer Schenkwirtschaft mit nichtgeistigen Grtränken noch mit einer Speisewirtschaft zusammen betrieben werden darf. Außerdem kann die Landespolizeibehörde oder die von ihr bezeichnete Behörde im Interesse der Gesundheit und der Aufrechterhaltung der guten Sitten und des Anstandes in Gast- und Schankwirtschaften, insbesondere über die Zulassung, die Beschäftigung und die Art der Entlohnung weiblichen Personals, Bestimmungen erlassen; eine Maßnahme, die hauptsächlich gegen die sog. Animierkneipen mit weiblicher Bedienung gerichtet ist. Auch kann von der gleichen Behörde der Ausschank von Absynth oder verwandten Getränken sowie der Kleinhandel mit solchen Getränken beschränkt oder verboten werden. Zu den nach § 33a einer Erlaubnis bedürfenden Veranstaltungen werden jetzt auch die Lichtspiele gerechnet; desgleichen sollen alle hier gemachten Darbietungen (Singspiele usw.), „wenn sie in einer Schankwirtschaft veranstaltet werden, um den Umsatz von Speisen und Getränken zu vermehren, noch einer besonderen Regelung durch die von der Landeszentralbehörde bezeichneten Behörde bedürfen". Ferner soll die Ortspolizeibehörde befugt sein, gewerbsmäßige Instrumentalaufführungen jeder Art und gewerbsmäßige phonographische Vorführungen in Schankwirtschaften oder an anderen öffentlichen Orten zu verbieten oder zu beschränken, wenn dadurch die Nachbarschaft erheblich belästigt wird. Im § 35 Abs. 2 der Gew.-Ordn. wird eine Bestimmung eingeschaltet, wonach auch der Kleinhandel mit Bier und der Betrieb von Speisewirtschaften bei Unzuverlässigkeit der Gewerbetreibenden in bezug auf diesem Gewerbebetrieb zu untersagen ist. Weiterhin schreibt ein neuer Paragraph (§ 40b) vor, daß die Erlaubnis zu einem nach den §§ 33 und 33a genehmigungspflichtigen Unternehmen mit dem Ablauf von 25 Jahren erlischt, wenn es von einer anderen als natürlichen Person betrieben wird, eine Bestimmung, die in gleicher Weise auch auf die bereits vorhandenen derartigen Unternehmen Anwendung finden soll. Auch die Vorschriften im § 45 über die Ausübung des Gewerbebetriebes durch Stellvertreter sind insofern erweitert, als künftighin auch die nur zur Leitung oder Beaufsichtigung von Gastwirtschaften usw. (§ 33) oder eines Teiles derselben bestellten Personen den für das Gewerbe vorgeschriebenen Erfordernissen genügen müssen, und daß eine Ausübung des Betriebes von Gastwirtschaften usw. durch Stellvertreter von der zuvorigen Erlaubnis der zuständiegen Behörde abhängig gemacht ist, die nur dann erteilt werden darf, wenn besondere Umstände der persönlichen Ausübung entgegenstehen.

Aus der Bayerischen Abgeordnetenkammer. Bei Beratung des Etats über das „Gesundheitswesen" wurde in diesem Jahre ebenso wie im Preußischen Landtage eine ganze Reihe hierher gehöriger Fragen erörtert.

Von den Abgg. Stute und Götz wurde eine strengere Ueberwachung der sogen. Winkel-Schwesterheime für private Krankenpflege und die Einführung einer staatlichen Prüfung für das gesamte Krankenpflegepersonal, von dem Abg. Müller-München (Soz.) eine Verstaatlichung des gesamten Aerzte- und Heilwesens, eine bessere Ausgestaltung und jährliches Erscheinen der Berichte über das bayerische Gesundheitswesen verlangt und die Ausführung des Reichsseuchengesetzes in Bayern bemängelt. Notwendig sei auch eine stärkere Ausnutzung der Presse zur Aufklärung, z. B. bezüglich des Geheimmittelschwindels; ebenso lasse sich der Geburtenrückgang nur durch einen aufklärenden Unterricht seitens der Schulärzte wirksam bekämpfen. Abg. Götz (Z.) fordert dagegen eine bestimmte Stellungnahme der Regierung gegen den Neomalthusianismus, der scheinbar eine Verteidigung in gewissen Veröffentliehungen des statistischen Landesamts gefunden habe (s. vorher den Artikel des Med.-Rats Dr. Graßl in der heutigen Nummer S. 221) Abg. Dr. Süßheim (Soz.) wünscht eine Reform des Hebammenwesens und Unentgeltlichkeit der Geburtshilfe; mit der ersteren solle man nicht auf eine reichsgesetzliche Regelung warten.

Eine sehr lebhafte und die Leser dieser Zeitschrift besonders interessierende Erörterung fand über die **Stellung der Bezirksärzte,** insbesondere über ihr Verhältnis zu den praktischen Aerzten mit Rücksicht auf ihre Tätigkeit als Vertrauensärzte der Berufsgenossenschaften und Versicherungsämter statt. Eingeleitet wurde diese Erörterung mit einer Beschwerde des Abg. Schelbeck (Zentr.) gegen einen Bezirksarzt wegen angeblich zu rigoröser Art seiner kontrollärztlichen Begutachtung der Invalidenrentner und dabei ausgeführten unnötigen Genitaluntersuchungen. Abg. Ruffer (Z.) bemängelte sodann die Bestallung von Bezirksärzten als Vertrauensärzte für mehrere Bezirke seitens der Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten und die dabei angebliche Bevorzugung von solchen Amtsärzten, von denen jene eine für sie genehmere Begutachtung erwarteten. Zur Vermeidung weiter Wege für die zu untersuchenden Personen sowie mit Rücksicht auf eine gerechte Begutachtung sollte mit dieser stets der nächste zuständige Amtsarzt beauftragt werden. Weiterhin wurde von demselben Abgeordneten ebenso wie von dem Abg. Götz (Zentr.) eine vom Leipziger Verband unabhängige Stellung der Bezirksärzte verlangt; ihre bisherige Zwitterstellung müsse überhaupt beseitigt und ihnen die Ausübung der Privatpraxis untersagt werden. Die Wahrung von Privatinteressen als Mitglied des Leipziger Verbandes vertrage sich nicht mit der Stellung eines Beraters und Beamten des Staates. Nachdem dann noch der Abg. Osel (Zentr.) den Wunsch ausgesprochen hatte, daß man es doch den Gemeinden, wie dies in einzelnen Bezirken geschehen sei, nicht verbieten sollte, die Schul- und Armenarztstelle ein und demselben Arzte zu übertragen, sprach sich der Staatsminister des Innern Freiherr von Soden zu den vorgebrachten Beschwerden und Wünschen nach einem in Nr. 10 der Münchener medizinschen Wochenschrift gebrachten Bericht wie folgt aus:

Was zunächtt das Verhältnis der Bezirksärzte zu den Versicherungsämtern anlangt, so beantwortet sich diese Frage in unzweideutiger Weise aus dem § 8, Abs. 2, Ziff. 2 der Verordnung vom 9. Januar 1912 über den amtsärztlichen Dienst bei den Distriktsverwaltungsbehörden und aus der gleichlautenden Vorschrift in § 18, Ziff. 2 der Dienstanweisung für die Bezirksärzte. Darnach gehört zu den wesentlichsten Dienstaufgaben des Bezirksarztes die Beratung und Unterstüzung der Distriktsverwaltungsbehörden auf dem Gebiete des Gesundheitswesens. Die Versicherungsämter sind ein Teil der Distriktsverwaltungsbehörden. Das Gebiet des Gesundheitswesens erstrekt sich auf die Versorgung der Bevölkerung mit ärztlicher Hilfe. Daraus folgt, daß der Bezirksarzt verpflichtet ist, die Distriktsverwaltungsbehörde auch in ihrer Eigenschaft als Versicherungsamt bei der Führung von Verhandlungen zwischen Aerzten und Kassen nach bestem Wissen und Gewissen, und zwar ohne Rücksicht auf die Interessen privatärztlicher Tätigkeit zu beraten; denn nach § 10 der Dienstanweisung ist dem Bezirksarzte die Ausübung der ärztlichen Praxis nur soweit gestattet, als sie mit der gewissenhaften Erfüllung seiner Dienstaufgaben vereinbar ist. Aus der Umfrage bei den Oberversicherungsämtern, die das Staatsministerium des Innern über das Verhalten der Bezirksärzte bei den Verhandlungen zwischen den Kassen und Aerzten veranstaltet hat, kann entnommen werden, daß weitaus die Mehrzahl

der Bezirksärzte die Pflichten, die ihnen ihre amtliche Stellung auferlegt, nicht verletzt und zum mindesten eine Zurückhaltung geübt und sich am Kampfe gegen die Kassen nicht beteiligt hat. Ein Teil der Amtsärzte hat sogar mit Erfolg in durchaus unparteiischer Weise auf Einigung zwischen Kassen und Aerzten hingearbeitet. Nur ein kleiner Teil hat einseitig die Interessen der Aerzte gegen die Krankenkassen vertreten. Ein solches Verhalten muß jedenfalls dann beanstandet werden, wenn der Bezirksarzt von dem Versicherungsamt als Berater in Anspruch genommen worden ist. Aber auch soweit dies nicht der Fall ist, soll der Bezirksarzt eine einseitige Stellungnahme zugunsten der Aerzte vermeiden, denn sie kann ihn jederzeit in einen Widerstreit mit seinen dienstlichen Pflichten bringen. Dagegen kann es nicht beanstandet werden, wenn der Bezirksarzt, soweit er in seiner Eigenschaft als Privatarzt von Kassen um die Leistung ärztlicher Hilfe für Versicherte angegangen wird, seine Haltung — abgesehen von Notfällen, in denen er nach der Dientsanweisung zur Leistung ärztlicher Hilfe verpflichtet ist —, nach der Stellungnahme seiner Standesgenossen bemißt. Der Bezirksarzt ist in seiner amtlichen Tätigkeit auf Mitwirkung der Privatärzte angewiesen. Ein gutes Einvernehmen mit den Privatärzten ist eine Voraussetzung für eine ersprießliche Wirksamkeit des Bezirksarztes. In § 64 der Dienstanweisung ist es deshalb dem Bezirksarzte zur Pflicht gemacht, mit den nichtamtlichen Aerzten seines Bezirkes wissenschaftliche und persönliche Beziehungen zu unterhalten. Ein gutes Einvervehmen mit diesen Aerzten kann der Bezirksarzt aber nur erhalten, wenn er als Privatarzt in wirtschaftlichen Fragen nicht eigene Wege zum Schaden seiner Standesgenossen geht und alles vermeidet, was als eine Beeinträchtigung der Berufsansübung dieser Aerzte aus eigennützigen Absichten gedeutet werden könnte. Die Frage, ob es zulässig ist, daß die Bezirksärzte Mitglieder des Leipziger Verbandes oder einer anderen wirtschaftlichen Vereinigung der Aerzte sind, ist aus der gleichmäßig für alle Beamten geltenden Vorschrift des Art. 16 des Beamtengesetzes zu entscheiden. Danach ist Beamten die Teilnahme an solchen Vereinigungen untersagt, deren Zwecke oder Bestrebungen den staatlichen oder dienstlichen Interessen zuwiderlaufen. Man wird nicht behaupten können, daß die Ziele des Leipziger Verbandes, insoweit sie auf eine wirtschaftliche Förderung des Aerzteverbandes gerichtet sind, schon von vorneherein einem staatlichen Interesse zuwiderlaufen. Der Staat hat vielmehr selbst an einer wirtschaftlichen Festigung des Aerztestandes, von der zuletzt die einwandfreie Leitsung ärztlicher Hilfe abhängt, ein großes Interesse, wie er anderseits an der Sicherheit ärztlicher Hilfe für die Bevölkerung lebhaft interessiert ist. Mit Angehörigen eines Verbandes, dessen Bestrebungen ein staatliches Interesse verletzen, würden auch kaum von den Bundesregierungen und der Reichsleitung Verhandlungen eingeleitet worden sein. Und auch das Ergebnis dieser Verhandlungen, die in einer von der Reichsleitung gebilligten, einen großen Teil der Forderungen des Leipziger Verbandes berücksichtigenden Einigung bestand, widerspricht der Annahme, daß die Bestrebungen des Leipziger Verbandes einem staallichen Interesse zuwiderlaufen. Die weitere Frage, ob die Zwecke und Bestrebungen des Leipziger Verbandes einem dienstlichen Interesse zuwiderlaufen, kann wohl nur von Fall zu Fall entschieden werden. Diese Entscheidung steht nicht den Dienstaufsichtsbehörden, sondern nach Art. 118 des Beamtengesetzes den Disziplinargerichten zu. Die Möglichkeit eines Widerstreites zwischen Pflichten, die sich aus der Zugehörigkeit zu einem wirtschaftlichen Verbande, wie dem Leipziger Verbande, ergeben, und zwisehen den Dienstespflichten des Bezirksarztes kann nicht in Abrede gestellt werden. Mit Rücksicht auf diese Möglichkeit möchte ich den Bezirksärzten empfehlen, sich von der Teilnahme an wirtschaftlichen Organisationen tunlichst fernzuhalten, damit sie jederzeit in der Lage sind, den Versicherungsämtern als unbefangene Berater zur Seits zu stehen.

Bezüglich des Krankenpflegewesens wird demnächst eine Novelle zum Polizeistrafgesetz erscheinen, worin eine Vorschrift über die Rechte und Pflichten der Krankenpfleger und anderer in der niederen Gesundheitspflege tätigen Personen enthalten sein wird, welche einen Teil der Mißstände be-

seitigen kann. Nach Inkrafttreten der Novelle sollen Vorschriften über die Ausbildung und staatliche Prüfung der Krankenpflegepersonen erlassen und die allein zur Ausbildung befugten Anstalten bestimmt werden (mit Berücksichtigung der Anstalten der Barmherzigen Schwestern, Diakonissen, Mallersdorfer Schwestern, des Roten Kreuzes, der Schwestern vom dritten Orden). — Die Berichte über das Gesundheitswesen werden auf Grund der neu geregelten Berichte der Bezirksärzte eine andere Gestalt erhalten, und zwar wird schon in nächster Zeit der erste derartig abgeänderte Bericht erscheinen. Die Vorschläge des Abg. Müller und etwaige andere Anregungen sollen gewürdigt werden. — Die Durchführung des Reichsseuchengesetzes ist auch in Bayern gut vorbereitet und hat sich auch hier wiederholt gut bewährt. — Auf die Auswahl der Aerzte zur Untersuchung von Rentenbewerbern und Rentenempfängern hat die Regierung keinen direkten Einfluß. Die Untersuchung durch unabhängige, nicht im Bezirk wohnende Aerzte hat, wie sie auch vom Landtag selbst seinerzeit gewünscht wurde, manches für sich. Die eigentliche Entscheidung liegt ohnehin bei den Berufsgenossenschaften und den Berufungsinstanzen. — Betreffs der Vereinigung von Schularzt- und Armenarzt- (Bezirksarzt-) Stellen in einer Person soll deren Zulassung gefördert werden. — Die Regelung des Hebammenwesens soll in einheitlicher Weise durch die Bundesregierungen erfolgen; es liegt bereits ein Entwurf im Reichsgesundheitsamt vor.

Fast gleichzeitig haben zwei Heroen der medizinischen Wissenschaft, Emil v. **Behring** (am 15. d. M.) und Paul **Ehrlich** (am 14. d. M.) ihren 60. Geburtstag gefeiert. Ganz außerordentliche Erfolge haben diese beiden Forscher nicht nur in wissenschaftlicher, sondern auch in praktischer Hinsicht durch ihre bahnbrechenden Forschungen erzielt und sich dadurch unvergängliche Verdienste um die leidende Menschheit erworben. Ihre Namen haben nächst dem von Robert Koch den Ruhm der Deutschen Wissenschaft bis in die fernsten Länder getragen. Auch an hohen Ehren und Anerkennungen hat es ihnen nicht gefehlt; sind sie doch zurzeit die einzigen Aerzte, denen in Preußen — abgesehen von dem Chef des Militär-Sanitätswesen — die höchste Auszeichnung: der Charakter als „Wirklicher Geheimer Rat" mit dem Titel "Exzellenz", zuteil geworden ist. Hoffentlich bleiben sie uns noch recht viele Jahre in gleicher Schaffensfreudigkeit wie bisher erhalten!

Im Großherzogtum Sachsen-Weimar ist durch Verordnung des Staatsministeriums, Departement des Innern vom 6. Januar 1914 auch ein **Ehrenpreis für Hebammen** in Gestalt einer silbernen Brosche gestiftet die nach 25jähriger einwandsfreier Berufsausübung mit Genehmigung der Frau Großherzogin verliehen wird und sowohl in, als außer dem Dienste getragen werden darf.

Pest. In Aegypten ist vom 14.—20. Februar nur noch eine Erkrankung an Pest vorgekommen; in Britisch-Ostindien sind in der Zeit vom 15. Januar bis 7. Februar: 10074 (8078), 10183 (8176) und 11131 (9308) Personen an der Pest erkrankt (gestorben), in Niederländisch-Indien vom 28. Januar bis 10. Februar: 541 (478), in Hongkong (Viktoria) vom 18. bis 31. Januar: 30 (27), in Brasilien (Bahia) vom 28. Dez. 1913 bis 10. Januar 1914: 3 (2), in Chile vom 20. Dez. 1913 bis 4. Januar 1914: 5 (2).

Cholera. Es sind in den letzten Wochen (vom 2.—15. Februar) nur noch 2 Erkrankungen und 1 Todesfall in Konstantinopel gemeldet.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 8. bis 28. Februar 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rückfallfieber, Fleckfieber, Aussatz, Tollwut, Rotz: — (—); Pocken: 2 (—), 1 (—), — (—); Milzbrand: 3 (1), 3 (1), 4 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 2 (—), 2 (—),

4 (—); Unterleibstyphus: 163 (17), 118 (15), 124 (15); Ruhr: 3 (—), 4 (1), 3 (1); Diphtherie: 2073 (166), 2047 (146), 1996 (140); Scharlach: 1661 (67), 1665 (68), 1730 (67); Kindbettfieber: 100 (20), 134 (28), 134 (26); Genickstarre: 7 (5), 4 (3), 6 (3); spinaler Kinderlähmung: 4 (1), 2 (—), 5 (1); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 3 (2), 3 (1), 1 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 134, 240, 119; Tuberkulose (gestorben) 777, 816, 807.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. L. in M. Sind bei der Feststellung von Scharlach und Diphtherie (s. Sprechsaal in Nr. 4) die Reisekosten etc. auf das Pauschale zu verrechnen oder extra nach der ärztlichen Taxe von 1896 bei der Staatskasse zu liquidieren?

Antwort. Da es sich hier nicht um eine „amtliche" Tätigkeit des Kreisarztes handelt (s. Min.-Erl. vom 21. März 1906), fallen selbstverständlich die Reisekosten nicht unter das Pauschale, sondern sind nach der ärztlichen Gebührenordnung bei der Staatskasse zu liquidieren.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

XXX. Hauptversammlung

am Dienstag, den 21. April 1914 in Berlin.

Tagesordnung:

Montag, den 20. April:

8½ abends: Begrüßungs-Abend (mit Damen) im **„Rheingold"** (Ebenholzsaal); Eingang Potsdamerstraße Nr. 3, eine Treppe hoch.

Dienstag, den 21. April:

9½ Uhr vormittags: Sitzung im **„Rheingold"** (Bankettsaal). Eingang wie vorher.

1. **Eröffnung der Versammlung.**
2. **Geschäfts- und Kassenbericht.**
3. **Die Rauch- und Geräuschplage vom sanitätspolizeilichen und zivilrechtlichen Standpunkte.** Berichterstatter: Kreisarzt Dr. Ascher in Hamm.
4. **Der Identitätsnachweis an zerstückelten Leichen.** Berichterstatter: Prof. Dr. Ziemke, Gerichtsarzt in Kiel.

   Frühstückspause.
5. **Beamteter Arzt und praktischer Arzt.** Berichterstatter: Med.-Rat Dr. Kluge in Wolmirstedt.
6. **Vorstandswahl; Bericht der Kassenrevisoren.**

Nach Schluß der Sitzung findet die General-Versamlung der **„Jubiläumsstiftung"** mit folgender Tagesordnung statt:
a. Geschäfts- und Kassenbericht. b. Vorstandswahl.

6 Uhr nachmittags: Festessen (mit Damen) im **„Rheingold"** (Bankettsaal); Preis des Gedeckes: 5 Mark.

Um recht zahlreiche Teilnahme, auch von Seiten der Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamtenvereins, die freundlichst eingeladen sind, wird gebeten.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins.
Im Auftrage: Prof. Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Geh. Med.-Rat in Minden.

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 7. Ausgegeben am 5. April 1914.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch

J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 7.

und Beilage: Berichte über Versammlungen. I.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Stern zum Roten Adlerorden II. Klasse: dem Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Waldeyer in Berlin; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Geh. San.-Rat Dr. Peltesohn in Berlin; — der Stern zum Kronenorden II. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Orth in Berlin; — der Kronenorden II. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Dr. Barnick in Frankfurt a. O.; — derselbe Orden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Dr. Reinköler, Kreisarzt a. D. in Trebnitz.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Fürstlich Hohenzollerschen Ehrenkreuzes III. Klasse mit der Krone: dem Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. Uppenkamp in Münster i. W.

Ernannt: Der Unterstaatssekretär im preußischen Ministerium des Innern Wirkl. Geh. Ob.-Reg.-Rat Dr. Holz zum Präsidenten der Oberrechnungskammer und der Regs.-Präs. Dr. Drews in Köslin zum Unterstaatssekretär im Ministerium des Innern; Med.-Rat Dr. v. Decker, ständiger Hilfsarbeiter an der Königl. Regierung in Arnsberg, zum kommissarischen Regierungs- und Medizinalrat in Köslin; Dr. Rehberg in Angerburg zum Hilfsarbeiter in der Medizinal-Abteilung im Ministerium des Innern und der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen; Dr. Mahler, Arzt an der Anstalt Burg bei Berlin zum Kreisassistenzarzt und Assistent am Medizinaluntersuchungsamt in Düsseldorf; Dr. Wendenburg, Arzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Osnabrück zum Stadtarzt in Breslau; zum Ehrenritter des Johanniter-Ordens der Stabsarzt der Landwehr Dr. v. Both in Cassel.

Versetzt: Reg.- u. Med.-Rat Dr Hoche in Köslin in gleicher Eigenschaft nach Osnabrück, Kreisarzt Dr. König in Konitz als ständiger Hilfsarbeiter an der Königl. Regierung in Arnsberg, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Peren in Montjoie nach Aachen (Land).

In den Ruhestand getreten: Geh. Med.-Rat Dr. Barnick, Reg.- und Med.-Rat in Frankfurt a. O., sowie die Kreisärzte Geh. Med.-Rat Dr. Schmitz in Aachen (Land) und Geh. Med.-Rat Dr. Reinkober in Trebnitz.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Adler, Kreisarzt a. D. in Brieg, Dr. Favre in Gilgenburg (Ostpreußen), Dr. J. Salinger in Berlin-Wilmersdorf, Dr. Hubert in Garz auf Rügen, H. Claassen in Pewsum (Ostfriesland), Geh. San.-Rat Dr. Unschuld in Neuenahr, San.-Rat Dr. Eugen Pick in Berlin, Dr. Sauer in Liegnitz, Dr. Herold in Delitzsch, Generaloberarzt a. D. Dr. Seeliger in Wiesbaden, Arzt Homfeld in Zschortau bei Delitzsch, Dr. Rieger in Bad Kösen, Geh. San.-Rat Dr. Frank in Aachen, Dr. Karl Wilcke in Kiel.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Hofrat: dem Prof. Dr. Lange, Direktor der Königl. Landesanstalt für krüppelhafte Kinder in München; — das Verdienstkreuz für freiwillige Krankenpflege: dem a. o. Prof. Dr. Fessler und dem Generaloberarzt Dr. Mandel in München, dem Spezialarzt Dr. Kinscherf und dem Arzt Dr. Rinck in Kaiserslautern, dem Med.-Rat und Bezirksarzt a. D. Dr. Späth in Landshut, dem Reg.- und Med.-Rat Dr. Utz in Augsburg und dem Hofrat Dr. Wolf in Bad Kissingen, dem Generalarzt a. D. Dr. Kanzow in Berlin.

Ernannt: Zum ordentlichen Mitglied des Medizinalkomitees an der Universität München: Prof. Dr. Borst, Direktor des pathologischen Instituts in München.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Bauer in Neunburg v. W. nach Freising.

Enthoben: Von der Stelle eines ordentlichen Mitgliedes des Obermedizinalausschusses und des Medizinalkomitees an der Universität München: der Landgerichtsarzt Prof. Dr. Richter in München.

Gestorben: Generalarzt a. D. Dr. Anderl in München, Dr. Schum, bezirksärztl. Stellvertreter in Lauingen (Schwaben), Dr. Emil Fischer, Oberstabsarzt d. R. in Augsburg.

Königreich Sachsen.

Ernannt: Stadtarzt Dr. Schubart in Dresden zum Stadtbezirksarzt in Plauen.

27. Jahrg. Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE 1914.

Versetzt: Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Flinzer in gleicher Eigenschaft nach Doebeln.

Gestorben: Oberstabsarzt a. D. Dr. Diemer in Dresden, Dr. Lochner in Leipzig-Thonberg.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Kommandeurkreuz II. Kl. des Friedrichsordens: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Leubuscher in Meiningen.

Gestorben: Oberstabsarzt a. D. Dr. Katz in Stuttgart (Degerloch).

Grossherzogtum Baden.

Versetzt: Bezirksarzt Med.-Rat D. Hofer in Kehl nach Bruchsal.

Gestorben: Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Kamm in Bruchsal, Hofrat Dr. Ernst Wingenroth in Baden-Baden.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Professor: den Privatdozenten Dr. Franke und Dr. Grünberg in Rostock.

Versetzt: San.-Rat Dr. Buschmann, Kreisarzt in Gnoien nach Parchim.

In den Ruhestand getreten: Med.-Rat Dr. Bartsch, Kreisarzt in Parchim.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Ritterkreuz I. Klasse des Herzoglich Braunschweigischen Ordens Heinrich des Löwens: dem Geh. San.-Rat Dr. Berkheim in Braunschweig.

Gestorben: Dr. Jansen in Hamburg, San.-Rat Dr. Moritz in Pfaffenhofen (Unterelsaß).

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Bezirksarztstelle in Naumburg a. U.

Königreich Sachsen.

Stelle eines Stadtarztes (II. Assistenten und Stellvertreters des **Stadtbezirkarztes) in Dresden.** Grundgehalt 4300 M., steigend von 3 zu 3 Jahren bis zum Höchstgehalt von 6400 M.; außerdem eine nicht pensionsfähige jährliche Zulage von 1000 M., falls der Stelleninhaber verheiratet ist, ein jährlicher Mietszuschuß von 300 M. Ausübung von privatärztlicher Tätigkeit nicht gestattet. Bewerbungen unter Beifügung eines Lebenslaufes und der Zeugnisse über gesetzliche Befähigung (Zeugnis über bestandene staatsärztliche Prüfung) und bisherige Tätigkeit sind bis zum 11. April 1914 der Kanzlei des Wohlfahrtspolizeiamtes, neues Rathaus, Ringstraße 19, einzureichen.

Landgerichts in St. erstattet habe.

Im Jahre 1897 begann die chemische Fabrik in X., nachdem daselbst Schmelzöfen aufgestellt und in Betrieb gesetzt waren, die Chromfabrikation. Zur weiteren Verarbeitung der Schmelze wurden diese mit Wasser ausgelaugt, wobei nicht

27. Jahrg. Zeitschrift 1914.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 7.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. April.

Eine Brunnenverunreinigung durch Chromsalze.

Von Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Dütschke** in Stettin.

Bekannt ist das Eindringen von Eisensalzen, Ammoniak und von den Rückständen der Soda- und Schwefelsäurefabrikation ebenso wie der Rückstände der Chlorkaliumfabrikation in das Grundwasser, aber von dem Eindringen von Chrom in das Grundwasser habe ich in der mir zugängigen Literatur keine Angaben auffinden können; auch vermochten mir die dieserhalb befragten Gewerbeaufsichts- und Medizinalbeamten hierüber keine Beobachtungen mitzuteilen, wohl aus dem einfachen Grunde, weil die bei der Chromfabrikation gewonnenen Schmelzen heute anderweite Verwendung finden und die Fabrikation als solche selten ist. Es ist daher vielleicht nicht ohne Interesse, von dem nachstehenden Gutachten Kenntnis zu nehmen, das ich als Sachverständiger jüngst vor der II. Zivilkammer des Königl. Landgerichts in St. erstattet habe.

Im Jahre 1897 begann die chemische Fabrik in X., nachdem daselbst Schmelzöfen aufgestellt und in Betrieb gesetzt waren, die Chromfabrikation. Zur weiteren Verarbeitung der Schmelze wurden diese mit Wasser ausgelaugt, wobei nicht

zu vermeiden war, daß Laugen auf den Erdboden fielen, sich hier auflösten und in die Erde drangen; von hier aus teilten sich die aufgelösten Laugenteile dem Grundwasser mit und gelangten nun in die mit dem Grundwasserstrom in Verbindung stehenden benachbarten Brunnen. Diese Art der Chromfabrikation wurde bis 1899 betrieben; am 17. Januar 1899 hörte die Arbeit der Schmelzofen auf und 3 bis 4 Wochen später ist dann auch das Aufarbeiten der Laugen beendet gewesen. Die Fabrikation ruhte hierauf bis zum 12. November 1901; dann wurde die Schmelzerei wieder aufgenommen, die Laugerei aber nach dem Unterhofe verlegt und die Schmelzen von nun an nach unten in geschlossenen Wagen befördert, so daß jedes Auslaugen verhindert wurde. Seit 31. März 1910 ist die Schmelzerei dann dauernd eingestellt.

Auf den Nachbargrundstücken befinden sich 6 Brunnen I—VI, die zu der Zeit, als die Schmelzerei betrieben wurde, dauernd kontrolliert worden sind. Es wurde hierbei festgestellt, daß 1899 Brunnen IV Chromteile enthielt, wenigstens zeigte das Wasser gelblich-grüne Färbung. Auch Brunnen III und V enthielten Chrom. Aus dem Brunnen III und V wurde auf Kosten der chemischen Fabrik X. über ein Jahr lang Wasser gepumpt, wodurch die Brunnen wieder chromfrei wurden. Brunnen IV hat bis zum Jahre 1912 ganz verschwindend, quantitativ überhaupt nicht mehr bestimmbare Mengen Chrom enthalten. Im Jahre 1913 ist bei wiederholten Untersuchungen in keinem der Brunnen mehr Chrom gefunden worden. Bemerkt wird, daß die chemische Fabrik X. den Besitzern der Grundstücke, deren Brunnen III—V Chromgehalt des Wassers gezeigt hatten, alsbald je eine Zapfstelle von der P.schen Wasserleitung errichten ließ. Des weiteren verdient hervorgehoben zu werden, daß die Entfernung der Brunnen I—V von dem Gebäude, in dem früher die Chromlaugerei erfolgt war, 240—250 Meter beträgt und Brunnen VI 28 Meter von Brunnen V und 278 Meter von jenem Gebäude entfernt liegt.

Im Mai 1913 trat nun der Besitzer M. mit der Behauptung auf, daß das Wasser des auf seinem Grundstück befindlichen Brunnens VI seit einiger Zeit ebenfalls Chrom enthalte und strengte gegen die chemische Fabrik X. eine Entschädigungsklage an. Da von der chemischen Fabrik die verlangte Entschädigung abgelehnt wurde, beauftragte mich die II. Zivilkammer des Landgerichts St. mit Erstattung eines Gutachtens, das ich nachfolgend auszugsweise wiedergebe und das die Beantwortung der mir vorgelegten einzelnen Fragen enthält.

„Am Nachmittag des 25. September 1913 habe ich eine Besichtigung des Brunnnens des Klägers M. vorgenommen, an der sich der technische Leiter der chemischen Fabrik X. und ein Ingenieur dieser Fabrik beteiligten, während ein Vertreter der klägerischen Partei nicht erschienen war.

Das Wasser des Brunnens VI erwies sich nach dem Abpumpen stark gelblich-grün gefärbt; der technische Leiter der

chemischen Fabrik erklärte mir sogleich, daß keineswegs bestritten werden solle, daß diese stark grün-gelbliche Farbe von dem Vorhandensein von Chromverbindungen in dem Wasser herrühre; denn die chemische Untersuchung, die von der Fabrik ausgeführt worden sei, habe das Vorhandensein von Chrom in dem fraglichen Wasser ergeben. Bestritten werde nur von der Beklagten, daß das Vorhandensein von Chrom in dem Brunnen VI eine Folge der früher betriebenen Chromfabrikation in X. sei, da der Brunnen 278 Meter von der Fabrik entfernt liege und erst im Mai 1913 die chemische Untersuchung des Wasser der Brunnen III—V ihr Freisein von Chrom ergeben hätte, was ja der Fabrikleitung damals Anlaß geboten habe, für die unbrauchbar gewordenen Brunnen Zapfstellen der Wasserleitung dort einzurichten. Wenn daher jetzt plötzlich, nachdem die Chromfabrikation 1910 überhaupt eingestellt worden sei, der Brunnen VI Chrom enthalte und die daneben gelegenen Brunnen III—V nicht, so könne unmöglich das früher vielleicht durch die Chromfabrikation verunreinigt gewesene, jetzt aber von Chrom freie Grundwasser die Ursache hierfür bilden.

Meine Erkundigungen bei den Bewohnern des M.schen Grundstückes ergaben nun, daß keineswegs, wie der Leiter der chemischen Fabrik bisher angenommen hatte, die Verunreinigung des Wassers des Brunnens VI erst im Mai 1913 bemerkt worden sei, sondern die Arbeiterfrau B. sagte in glaubwürdiger Weise aus, daß sich die gelb-grünliche Verfärbung des Wassers schon seit längerer Zeit bemerkbar gemacht, im Laufe der Zeit immer mehr zugenommen habe und erst seit Mai d. J. dieselbe grün-gelbliche Farbe aufweise, die ihm heute eigen sei; Frau B. gab weiter an, daß sie seit 24 Jahren in dem M.schen Hause wohne und die allmähliche Verschlechterung des Wassers in dieser Zeit, besonders aber im letzten halben Jahr bemerkt habe. Gleichzeitig teilte die Genannte mit, daß eine eben dort wohnende Frau F., deren Kind im letzten Frühjahr angeblich nach dem Genuß des fraglichen Brunnenwassers an Durchfall erkrankt sei, das städtische Gesundheitsamt Stettin dieserhalb aufgesucht habe und ihr dort der Bescheid geworden sei, das Wasser wegen seiner Gesundheitsschädlichkeit nicht zu benutzen. Die sämtlichen Bewohner des M.schen Grundstückes benutzen die Zapfstelle des Nachbargrundstückes beim Brunnen V.

An die Besichtigung des Brunnens VI schloß sich die der Brunnen V, IV und III. Während das abgepumpte Wasser des Nachbarbrunnens V äußerlich keine Abweichungen zeigte, erschien das dem Brunnen IV entnommene Wasser ebenfalls wieder grün gefärbt; die sofort veranlaßte chemische Untersuchung ergab auch wiederum in diesem Wasser das Vorhandensein geringer Mengen von Chrom. Am Brunnen III war das Pumpwerk abgestellt, so daß ihm Wasser nicht entnommen werden konnte.

Aus diesen Feststellungen geht hervor, daß der Grundwasserstrom nach wie vor noch Chromverbindungen in nach-

weisbarer Menge enthält. Es ist nun eine feststehende Tatsache, daß Chromverbindungen, die in das Erdreich gelangen, von diesem sehr lange Zeit hartnäckig festgehalten werden, erst bei reichlichen Niederschlägen besonders in tiefer gelegene Erdschichten dringen und von dort aus in den Grundwasserstrom gelangen, von dem sie bei vorhandener Verbindung mit Brunnen auch diesen zugeführt werden. Charakteristisch ist den Chromverbindungen vor allem ihre große Färbekraft, wie ja schon der Name andeutet, der von Χρῶμα herrührt, weil seine Verbindungen schöne Farben liefern.

Die chemische Fabrik in X. hat bis zum Jahre 1899 bei der Chromfabrikation, wie von der Beklagten zugegeben wird, die gewonnenen Schmelzen ausgelaugt, wobei die Laugeteile in den Erdboden und das Grundwasser gelangten und dessen Verunreinigung mit Chromverbindungen herbeiführten. Wie hartnäckig die Chromverbindungen dem Erdreich und Grundwasser anhaften, zeigt der jahrelange Pumpversuch der Beklagten an dem Brunnen V; es erscheint auch erklärlich, daß mit dem Fallen und Steigen des Grundwasserstandes und je nach der Menge der fallenden Niederschläge, der Chromgehalt des Grund- und Brunnenwassers ein verschiedener sein wird. Es kann daher einem Zweifel nicht unterliegen, daß nunmehr im Laufe der Jahre, das Chrom auch bis zum Brunnen VI gedrungen ist und diesen Brunnen verunreinigt hat, somit durch die früher betriebene Chromfabrikanlage das Wasser im klägerischen Brunnen vergiftet oder ungenießbar geworden ist.

Die mir vorgelegte Frage, in welchem Maße eine Verunreinigung oder Vergiftung des Brunnens VI besteht, vermag ich erst auf Grund einer vorzunehmenden quantitativen Analyse des Wassers zu beantworten, die ich aber im Hinblick auf die grobsinnliche Feststellung der ausgesprochen gelb-grünlichen Farbe des Wassers und der von der Beklagten wiederholt vorgenommenen chemischen Untersuchung, die das Vorhandensein von Chrom ergeben hat, für nicht mehr erforderlich halte. Die grün-gelbliche Farbe des Wassers erweckt von vornherein Widerwillen und Ekel, so daß das Wasser nicht als zum menschlichen Genuß geeignet erscheinen kann. Hierzu kommt die für den menschlichen Organismus bekannte schädliche Einwirkung der Chromverbindungen überhaupt, die sich bei Einführung in den Magen- und Darmkanal erfahrungsgemäß in Uebelkeit, Magenbeschwerden, starken Durchfällen und vielfach auch in Nierenentzündungen geltend macht. Ich bemerke, daß, während die giftige Wirkung des Chromstaubes auf die Nasenscheidewand sowie die äußere Haut der Chromarbeiter allgemein bekannt ist, in der Literatur über Gesundheitsschädigungen nach Genuß von Chromverbindungen bei Menschen nur wenig bekannt ist, was sich dadurch erklärt, daß eigentlich Chrom nur in selbstmörderischer Absicht oder durch unglücklichen Zufall genossen wird und die Schmelzen heut auch meist

anderweite Verwendung finden. Dahingegen ist es bekannt, daß Spül- und Abwässer der Chromfabriken, die in Wasserläufe gelangen, in überaus schädlicher Weise auf die Fischzucht einwirken und massenhaftes Fischsterben zur Folge haben.

Maßnahmen, den durch die Verunreinigung des Grund- oder Brunnenwassers hervorgerufenen Uebelstand zu beseitigen, vermag ich nicht anzugeben. Im vorliegenden Fall kann, da ja die Ursache der Verunreinigung, die Behandlung der Laugen und Abgänge der Chromfabrikation nach der erfolgten Einstellung dieses Betriebes beseitigt ist, nur die Versorgung mit einwandsfreien Leitungswasser in Frage kommen. Auf Grund der bereits von der chemischen Fabrik gemachten Erfahrungen kann vor allem nicht zu einem erneuten Versuch geraten werden, den Brunnen auszupumpen, da mit Sicherheit zu erwarten steht, daß sich stets wieder Chrom so lange zeigen wird, bis die früher dem Erdreich zugeführten Laugen- und Abwässer der Chromdarstellung durch Niederschläge vollständig ausgespült und entfernt worden sind; wann dieser Zeitpunkt aber eingetreten sein wird, läßt sich bei dem schon erwähnten starken Haften der Chromverbindungen an dem Erdreich auch nicht annähernd bestimmen."

Das Landgericht trat dem Inhalt des Gutachtens bei und verurteilte die chemische Fabrik zum Ersatz des Schadens.

Ein Fall von Selbsterdrosselung.

Von San.-Rat Dr. **Dugge**, Kreisarzt und Privatdozent in Rostock.

Ist schon der Tod durch Erdrosseln durch fremde Hand relativ selten[1]), so erscheint Erdrosseln durch eigene Hand auf den ersten Blick noch seltener. Ich sage „erscheint", denn wenn man sich in der Literatur umsieht, findet man, daß es tatsächlich öfter vorkommt, als man a priori annehmen sollte; so fand Reuter[2]) unter seinen 22 Fällen allein 7 Fälle von Selbsterdrosselung. Nach Hofmann-Koliske[3]) kommt Selbstmord durch Erdrosselung nur ganz ausnahmsweise vor; freilich wird hinzugefügt, die Seltenheit sei vielleicht nur eine zufällige; denn es müsse verhältnismäßig leicht sein, durch eigenhändiges Zusammenschnüren des Halses mit einem Würgeband die venösen Gefäße bis zur Undurchgängigkeit zu komprimieren und rasch Bewußtlosigkeit zu erzeugen, wodurch dann notwendig der Tod erfolgen müsse. Mulert[4]) zählt außer einem eigenen Fall 28 sicher beobachtete Fälle in rund 100 Jahren.

---

[1]) Nach der Bearbeitung von Ziemke im Schmidtmann-Caspar-Limanschen Handbuch fielen nach Reuter in 25 Jahren aus dem Leichenmaterial des Wiener gerichtlich-medizinischen Institutes auf etwa 200 Erhängte nur 22 Erdrosselte und bei Lesser auf 750 gerichtliche Obduktionen nur 6 Fälle von Erdrosseln.

[2]) Wieder zitiert nach Schmidtmann.

[3]) Lehrbuch der gerichtlichen Medizin; Wien 1909.

[4]) Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1906, Nr. 7.

Immerhin scheint mir Anlaß und Berechtigung vorzuliegen, folgenden Fall kasuistisch mitzuteilen, um so mehr als die Annahme „Selbsterdrosselung“ im Instanzenwege zunächst bezweifelt, schließlich aber bestätigt wurde — also immerhin doch wohl zweifelhaft sein konnte.

Ich berichte zunächt das Tatsächliche und knüpfe einige Bemerkungen daran.

Am 5. Juli 1913 lief auf der Staatsanwaltschaft telephonisch die Meldung ein, daß in der F.straße eine Frau „infolge eines Falles“ gestorben sei; „Einzelheiten konnten nicht mitgeteilt werden“. Bei der sofort durch den Ersten Staatsanwalt persönlich unter meiner Zuziehung vorgenommenen Besichtigung ergab sich folgendes: Die Wohnung der verstorbenen Witwe H. bestand aus einer zweifenstrigen Wohnstube und daran anschließendem Kabinet, in dem sich links zum Eingang das Bett befand. In diesem Bett lag die Leiche der H. mit dem Oberkörper quer und mit dem Deckbett zugedeckt, mit den Füßen außerhalb desselben. Durch den anwesenden Neffen wurde mitgeteilt, ein Arzt habe die Leiche schon besichtigt und gemeint, die alte 72jährige Frau sei am Schlaganfall gestorben. Dieser Ansicht sei auch er, der Neffe. Er sei fast täglich zu der alten Frau gekommen. Heute morgen habe er einen Brief von ihr erhalten, worin sie ihn ersucht habe, zu ihr zu kommen; der Stubenschlüssel liege neben dem grünen Blumentopf auf der Fensterbank. Er habe sich nach der Wohnung begeben; da aber die Stubentür nicht nur verschlossen, sondern auch von innen zugekettet gewesen sei, habe er erst (die Wohnung lag zu ebener Erde) einen Schutzmann in das Fenster steigen und die Tür von innen öffnen lassen; ihnen beiden habe sich dann der auch von uns gesehene Anblick geboten.

Die von mir vorzunehmende Besichtigung war insofern nicht ganz einfach, als das Schlafkabinett sehr klein, eng und völlig dunkel war, so daß wir paar Personen, zumal noch einer eine Lampe halten mußte, uns in dem engen Raum noch mehr beengten. Ich mußte zunächst, um die Leiche möglichst nicht aus ihrer Lage zu entfernen, mehr fühlen als sehen. Die fühlende Hand gelangte vom Hals an eine (unten näher zu beschreibende) feste Umschnürung, so fest und eng, daß ich nicht imstande war, auch nicht mit Gewalt, meinen Finger zwischen Hals und Umschnürung zu stecken. Ich erklärte sofort, daß zur Klarstellung unbedingt eine Sektion notwendig sei. Die Sektion wurde noch an demselben Tage im pathologischen Institut vorgenommen.

Aus dem Sektionsprotokoll hebe ich als charakteristisch und hier in Betracht kommend folgendes hervor (indem ich gleichzeitig auf die beigefügte Abbildung verweise):

„5. Das Gesicht ist sehr stark bläulich verfärbt. Außerdem finden sich in ihm, überall zerstreut, sogar noch nach den Seitenpartien des Halses hin, sehr viele, teilweise dicht gestellte, dunkel-bläuliche Punkte, die sich auf Einschneiden als kleinste, ungefähr stecknadelkopfgroße Blutpünktchen innerhalb der obersten Hautschicht erweisen.

6. Der behaarte Kopf ist frei von allen Spuren äußerer Einwirkung.
7. .... Die Bindehäute enthalten sehr zahlreiche Blutpunkte.
8. Ohren und Nase, abgesehen von der Blaufärbung, frei von Veränderungen.
9. Der Mund ist geschlossen; aus ihm sickert beim Umdrehen der Leiche eine wässerige, blutig gefärbte Flüssigkeit hervor. Zwischen den zahnlosen Kiefern ist die Zungenspitze eingeklemmt; deren untere Fläche, sowie die Innenfläche der Unterlippe zeigen außerordentlich zahlreiche Blutpunkte.
10. Um den Hals ist außerordentlich stramm ein Taschentuch und um dieses wiederum ein Leinenband gelegt. Die Bindung ist so fest, daß nur mit Mühe die Zeigefingerspitze des Untersuchenden zwischen sie und den Hals geschoben werden kann.



11. Das Leinenband ist mit einer einfachen Schleife vorn genau in der Mittellinie festgeknüpft. Nach seiner Abnahme erweist sich, daß das Band doppelt um den Hals gelegt ist und die Enden sich hinten kreuzen. Die Mitte des Bandes befindet sich also vorn. Das untergelegte Taschentuch ist durch Aneinanderlegen zweier gegenüberliegender Zipfel, wie landesüblich, zu einer länglichen Binde geformt und entsprechend dem sehr stramm angezogenen äußeren Bande mit zahlreichen Falten versehen.
13. Es zeigt sich jetzt deutlich, daß die Grenze der bläulichen Gesichtsverfärbung und der blassen Farbe der übrigen Leiche scharf mit der beschriebenen Bindung zusammenfällt.
14. Die Stelle, wo das scharf angezogene Band der Haut anlag, zeichnet sich scharf als tief einschneidende, $^1/_2$ bis 1 cm breite Furche ab, die von blasser Farbe, teilweise fast pergamentartiger Beschaffenheit, jedoch ohne sichtbare Hautblutungen ist.
22. Es fällt auf, im Gegensatz zu sonst Gewohntem, daß aus den durchschnittenen Blutadern der Brustmuskulatur reichlich dünnflüssiges dunkles Blut nachsickert.
26. Das Herz .... enthält im rechten Vorhof sehr reichlich, in der rechten Kammer und im linken Vorhof reichlich dunkles flüssiges Blut; die linke Kammer ist fast leer.

27. Auf der Oberfläche des Herzens werden Blutaustretungen nicht gefunden.

30 u. 31. . . . . Beide Lungen von sehr vermehrtem Saft- und Blutgehalt; in den Luftröhren blutiger Schleim.

32. (Bei Herausnahme der Halsorgane): Es findet sich in der Gegend, wo das Band gelegen, eine sehr starke Durchtränkung der Muskulatur mit Blut, besonders der Kopfnicker, weniger der tieferen Schichten; rechterseits ist die Blutdurchtränkung besonders auffallend an den großen Halsgefäßen entlang.

33. Oberhalb der Strangrinne sind die Halsweichteile deutlich wässerig durchtränkt, rechts mehr als links.

34. An dem hinteren Teil der Zunge, nahe dem Kehldeckel, ebenso auch auf beiden Mandeln, finden sich sehr reichliche Blutdurchtränkungen der Schleimhautschicht.

35. Der Kehldeckel ist aufrecht gestellt; an seiner Vorder- resp. Oberfläche wässerige Schwellung; an seiner kehlkopfseitigen Fläche zwei stecknadelkopfgroße Blutpunkte.

36. Beide Stimmbänder sind deutlich geschwollen. In den oberen Teilen der Luftröhre und im Kehlkopf reichlich blutiger Schleim. Brüche der Kehlkopfknorpel werden nicht gefunden.

37. Eine Untersuchung der großen Halsblutgefäße ergibt . . . . . keine Risse der Innenhaut.

Die Bauchhöhle ergab (außer einer alten, verkalkten Echinokokkusblase) nichts Erwähnenswertes und hier Interessierendes.

51. Die weichen Bedeckungen des Kopfes zeigen zahlreiche Einzelblutpunkte in der Unterhautschicht."

Wir gaben unser vorläufiges Gutachten dahin ab:

„1. Der Tod ist eingetreten infolge einer starken Umschnürung des Halses.

2. Dafür, daß diese Umschnürung ein anderer vorgenommen haben muß, spricht nichts."

Wir waren zwar übereinstimmend nach voller Ueberzeugung der Meinung, daß es sich um Selbsterdrosselung handelte, hielten es aber für richtiger, uns dieser etwas vorsichtigen Fassung des vorläufigen Gutachtens zu bedienen, da uns zur Zeit der Sektion nichts von den späteren Ermittelungen vorlag; daß aber Vorsicht in allen Fällen am Platze ist, meint auch Ziemke:[1])

„Für die Frage, ob in einem konkreten Falle ein Mord oder Selbstmord durch Erdrosseln vorliegt, sind in erster Linie und mehr wie der anatomische Befund die anderweitigen Ermittelungen und der Umstand von entscheidender Bedeutung, daß die Art, wie die Erdrosselung ausgeführt wurde, medizinisch als Selbsttötung möglich ist."

Daß die Ermittelungen uns später Recht gaben, und daß die letztere Möglichkeit gegeben war, werde ich weiter unten auseinandersetzen.

Zunächst zur Beantwortung der Frage: Weshalb nahmen wir Selbsttötung an? Fanden wir die Anzeichen, die als charakteristisch für Selbsttötung angegeben werden, in unserem Falle vor?

Was die Art der Erdrosselung angeht, so finden wir in unserem Falle nicht die Anwendung eines Knebels, wie er wohl in den meisten der veröffentlichten Fälle benutzt worden ist; es stehen diesen jedoch auch manche andere gegenüber, wo ohne Knebel, durch einfache Bindung, die Kompression des Halses erfolgt ist; z. B. der Maschkasche Fall[2]), bei dem ein zum

---

[1]) L. c., S. 278.

[2]) Schmidtmann l. c., S. 277.

Aufhängen der Wäsche dienender Strick doppelt um den Hals geführt und vorn durch zwei Knoten geknüpft war (genau wie in unserem Falle) und der Devergiessche Fall, wo die Selbstmörderin trotz verstümmelter Hand ein seidenes Taschentuch zweimal um den Hals geschlungen und mit großer Geschicklichkeit vorn festgeknotet hatte. Wenn nach Maschka der Sitz des Knotens vorn oder an der Seite des Halses mehr für Mord, die Knotenschürzung am Nacken mehr für Selbstmord sprechen soll, und wenn die Annahme berechtigt ist, daß für einen Mörder eine einmalige kräftige Strangulation leichter ausführbar ist, als ein mehrfaches Herumwinden des Strangulationswerkzeuges um den Hals, so sind diese beiden Postulate in unserem Falle erfüllt: Das Band war zweimal um den Hals geführt und vorn geknotet. Vollends aber spricht gegen die Annahme des Mordes das penible Unterlegen des exakt gefalteten Taschentuches unter das eigentliche Strangulationsband; fast als ob die Verstorbene im Moment des letzten Tuns noch Angst vor den Schmerzen, denen sie entgegenging, gehabt hätte und bestrebt gewesen wäre, diese Unbequemlichkeiten und Schmerzen sich zu ersparen oder doch auf ein Minimum zu reduzieren! Es paßt schlechterdings nicht zur Annahme eines Mordes, daß der Täter vor Umlegung des tödlichen Strickes erst noch den Hals seines Opfers fein säuberlich polstert.

War die Ausführung technisch möglich? Diese Frage ist unbedingt zu bejahen; die Art des Knotens entspricht völlig der landesüblichen Art, wie die Frauen hierorts sich die Röcke und die Schürzen zubinden.

Nun zum anatomischen Befund. Reuter sagt:[8])

„Auch der anatomische Befund gerade bei der Selbsterdrosselung ist bis zu einem gewissen Grade charakteristisch, weil die Eigentümlichkeiten, die dem anatomischen Bilde des Erdrosselungstodes anhaften, die Zyanose des Gesichtes, die ausgedehnte Echymosierung der Lider und Augenbindehänte, Blutfülle des Gehirns und seiner Häute, Blutungen in die Muskulatur und das Zellgewebe des Halses, Verletzung des Kehlkopfgerüstes, Blutunterlaufungen in die Scheide der Halsgefäße hier mit besonderer Klarheit hervortreten."

Alle diese Zeichen finden wir gerade bei unserem Falle besonders ausgeprägt. Nur Kehlkopfbrüche finden wir nicht; aber auch Reuter fand solche nur in 2 von seinen 7 Fällen. Besonders charakteristisch war in unserem Falle auch die ganz außerordentlich scharfe Grenze zwischen der blassen Leichenfarbe und der tiefen Zyanose des Gesichts und des oberen Halsteiles. Auch die zahlreichen Blutpunkte auf den Binde- und Schleimhäuten, sowie vor allem das Oedem der Lungen, der Halsweichteile und des Kehldeckelgrundes sind nur von charakteristischer Bedeutung für die oft behauptete und ja auch wohl verständliche Langsamkeit des Eintrittes des Todes. Diese Langsamkeit ist in der Literatur mehrfach bestritten; in unserem Falle hätte es zu so besonders zahlreichen Blutpunkten,

[8]) L. c.

zu einer so intensiven Blaufärbung, vor allem zu den Oedemen nicht kommen können, wenn nicht eine immerhin meßbare Zeit vor der Umschnürung bis zum Todeseintritt vergangen wäre. Gerade hierin liegt m. E. auch der fundamentale Unterschied zwischen den Befunden beim Erhängungstod und bei dem viel langsameren Erdrosselungstod (gleichviel ob Mord oder Selbstmord).

Die Beschaffenheit der Drosselmarke bietet zu Bemerkungen keinen Anlaß; sie verlief horizontal, im Gegensatz zu Hängemarken. Zu Blutungen ist es in der Haut selbst nicht gekommen, wohl aber in der tiefen Muskulatur.

Daß wir keine Intimarisse fanden, darf nicht Wunder nehmen; es fiel ja eine Zerrung der Gefäße völlig fort; in der Literatur sind sie auch nur in einem einzigen Falle als gefunden erwähnt worden.

Aus vorstehenden Ausführungen dürfte sich ergeben, daß unsere Annahme, daß nicht Mord, sondern Selbsttötung vorliege, berechtigt war; daß sie es war, wurde uns aber außerdem noch bewiesen durch die später angestellten Ermittelungen (siehe oben die Ziemkesche Forderung), die mir auf meine Bitte freundlichst zur Verfügung gestellt sind, und von denen ich hier nun das Wichtigste anführen will.[1])

Es wurde von den Hausgenossen übereinstimmend bekundet, daß die alte Frau schon wiederholt in der letzten Zeit Selbstmordgedanken geäußert habe. Sie ist noch an dem Morgen des Tages, an dessen Vormittag sie tot gefunden wurde, um 6 Uhr, also zu einer Zeit, wo im Sommer die Straße des von Arbeitern und Handwerkern bewohnten Viertels doch schon relativ recht belebt ist, gesehen worden, wie sie das Haus verließ, um zum Briefkasten zu gehen und einen Brief einzustecken, eben jenen Brief (s. o.), in dem sie den Neffen bat, sie zu besuchen, und in dem sie ihm den Liege-Ort des Schlüssels zur Stubentür angab. Am Abend vorher hat sie noch ihre Hauswirtin aufgesucht mit der Bitte, ihr eine kleine Reisetasche aufzuheben; zu einer anderen Frau hat sie um dieselbe Zeit gesagt, daß sie alles eingepackt hätte; „wenn sie tot sei, solle mit ihrem auf dem Flur stehenden Koffer“ — — folgt nähere Bestimmung. Endlich hat sie einer dritten Frau am Morgen des dem Tode voraufgehenden Tages einen Strick gezeigt und gesagt, mit dem wolle sie sich aufhängen; die Frau hat ihr aber den Strick fortgenommen. Auch aus den letzten Lebenswochen wird über mehrere andere Selbstmordäußerungen berichtet.

Für die Ausschließung des Mordverdachtes spricht endlich auch der Umstand, daß die Stubentür nicht nur verschlossen, sondern auch von innen zugekettet war, und daß ein anderes Ein-

---

[1]) Da diese Mitteilung nur als kleinerer Beitrag zur Kasuistik gedacht ist, verzichte ich absichtlich auf weitere Literatur-Angaben, will aber nicht verhehlen, hinzuweisen auf die obenzitierte Arbeit Mulerts, die mehr Literatur und Statistik bringt.

dringen in die Wohnung nicht möglich war. Insbesondere war ein Hineinsteigen durch die freilich nur angelehnten Fenster von der Straße her wegen der dicht gestellten, in voller Ordnung von uns vorgefundenen Blumentöpfe unwahrscheinlich und außerdem wegen der Belebtheit der Straße in den Morgenstunden nicht anzunehmen.

Bei der Seltenheit einerseits, der Zweifellosigkeit anderseits dieses Falles von Selbsterdrosselung habe ich es für angebracht gehalten, ihn der Oeffentlichkeit zu übergeben, und verweise insbesondere auf die Abbildung, die die Leiche leider nicht in der ursprünglichen Fundlage (das wäre technisch unmöglich gewesen), aber doch, wie ich meine, in guter Klarheit, unmittelbar vor Beginn der Obduktion darstellt.

Aus dem gerichtlich-medizinischen Institut der Universität Greifswald (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Beumer).

Ein eigenartiger Fall von Selbstbeschädigung mit Todesfolge (epileptischer Dämmerzustand?).

Von Kreisassistenzarzt Dr. David-Stralsund.

Am 10. Januar 1912 wurde der in Untersuchungshaft befindliche Buchhalter St., geb. am 23. November 1873, von Königsberg i. Pr. nach Greifswald mittels Sammeltransportwagens übergeführt. In Dirschau, Danzig und Stettin mußte der Transport zwecks Uebernachtung unterbrochen werden. Am 13. Januar erfolgte die Einlieferung in das Gerichtsgefängnis zu Greifswald.

Aus Anlaß seines Transportes war St. am 9. Januar in Königsberg i. P. ärztlich untersucht und für gesund und transportfähig befunden worden. Ebenso hatten ihn alle, die ihn kurz vor seiner Ueberführung gesehen hatten, für gesund erklärt. Bei seiner Einlieferung am 13. Januar in Greifswald mußte er dagegen von dem ihn begleitenden Polizeibeamten stark unterstützt werden, um gehen zu können, so daß der Weg vom Bahnhof bis zum Gerichtsgefängnis nur unter großen Schwierigkeiten zurückgelegt werden konnte. Auf die Frage des Gefängnisinspektors, ob er krank sei, erwiderte St. mürrisch, daß er seit dem Uebernachten in Dirschau Lähmung im rechten Bein spüre. Auf ärztliche Anordnung wurde ihm Bettruhe zu teil.

In den ersten Tagen seines Aufenthaltes in Greifswald war er mitteilsam, klagte über seine Lähmung, wurde aber in den folgenden Tagen immer wortkarger und hörte schließlich ganz auf zu sprechen. Er gab auf Fragen keine Antwort mehr, wurde benommen, bewußtlos und starb in der Nacht vom 22. zum 23. Januar 1912. — Einige Tage vor seinem Tode war ein Blutfleck von etwa Erbsen Größe auf dem Kopfkissen des

St. bemerkt worden. Die Untersuchung des Kopfes ergab eine kleine, unscheinbare Wunde, die auf Anordnung des Gefängnisarztes mit essigsaurer Tonerde verbunden wurde. Wie er zu der Verletzung gekommen war, konnte durch Befragen des St. wegen seiner Benommenheit nicht mehr ermittelt werden.

Da die Todesursache nicht klar war, wurde im gerichtlich-medizinisches Universitäts-Institut die gerichtliche Obduktion vorgenommen. Sie hatte ein überraschendes Ergebnis:

Die vorher erwähnte Kopfwunde befand sich auf der hinteren Hälfte des linken Scheitelbeines nahe der Mittellinie vor, war etwa 5 mm breit, rundlich, mit scharfen Rändern versehen, trichterförmig in die Tiefe gehend. Ringsherum fand sich eine 1 cm breite, mißfarbige, braunrote Durchtränkung des Gewebes. — Nach Entfernung der Kopfschwarte sah man, der Stelle der äußeren Verletzung entsprechend, 5 cm oberhalb der Spitze der Hinterhauptschuppe eine Durchtrennung der Knochenhaut und darunter eine eckige, scharfrandige 4 : 5 mm große Durchbohrung der knöchernen Schädeldecke. Das Loch in der Schädeldecke machte den Eindruck, als ob es mit einem spitzen Instrument sorgfältig angelegt und ausgearbeitet wäre.

Beim Abnehmen des Schädeldaches entleerte sich auf der linken Seite grünlich gelber, stinkender Eiter.

Die harte Hirnhaut zeigte ebenfalls unterhalb der erwähnten Knochenöffnung eine 0,6 cm große, unregelmäßige Durchtrennung mit fetzigen Rändern. — In dieser Oeffnung steckten eine 4½ cm lange, dicke Nähnadel, ein 1 cm langer, 1 mm dicker, unten 0,1 cm, oben 0,2 breiter Glassplitter, einige schwarze Haare, Holzsplitter und ferner ein in seiner ganzen Länge erhaltenes Streichholz mit abgebranntem Köpfchen. Diese Fremdkörper waren zentralwärts in die Gehirnmasse eingedrungen, so daß eine 5 cm tiefe und 2 cm breite Höhle entstanden war; sie waren die Ursache für die ausgedehnte, eitrige Gehirnhautentzündung geworden, an der St. verstarb.

Die von mir nach dem konservierten Präparat gefertigten Photographien zeigen die geschilderten Verhältnisse (siehe die beigefügten Abbildungen a—d).

Die sofort nach der Obduktion eingeleite Untersuchung hat einwandfrei ergeben, daß die Verletzung am Schädel des St. von dritter Hand nicht herrühren konnte. — Bei der Abfahrt aus Königsberg i. Pr. war St. völlig gesund; bei der Ankunft in Greifswald wurde eine deutliche, auch dem Laien auffallende Lähmung des rechten Beines wahrgenommen, die als erstes Folgesymptom der beginnenden Hirnhautentzündung anzusehen war. St. mußte sich also die Kopfverletzung auf der Ueberführung von Königsberg i. Pr. nach Greifswald beigebracht haben.

In dem motivierten Gutachten des Obduzenten heißt es:

„Die Verletzung muß sich St. etwa in der Weise beigebracht haben, daß er einen Glassplitter von der bei ihm vorgefundenen, uns vorgezeigten Art auf die weichen Schädelbedeckungen aufsetzte und mit irgendeinem Gegenstande, sei es ein Holzpantoffel, sei es ein Stiefel oder dergleichen in den Schädelknochen trieb. Die Spitze des Glassplitters brach ab und blieb mit einigen an ihm haftenden Haaren im Schädel stecken. In die hierdurch entstandene Oeffnung führte er später die Nähnadel etc. ein."

Ich glaube nicht, das sich St. so einfach und schnell die aufgefundene Verletzung hat beibringen können.

Die Art der Verletzung ist so, daß sie einerseits mit Vorsatz und Absicht beigebracht erscheint, anderseits aber

Zu dem Artikel: Ein eigenartiger Fall von Selbstbeschädigung

a.



Das Schädeldach.
Die Nähte zwischen Hinterhauptbein und den Scheitelbeinen sind gut sichtbar. Die Pfeilnaht ist angedeutet. Deutlich ausgeprägt sind die beiden Foramina parietalia, ½ cm vor dem linken die viereckige Perforationsstelle.

c.



Die linke Hirnhälfte.
Man kann von der Medianfläche aus in die artifizielle Höhle, in der das Streichholz und zwei andere Holzstückchen stecken, hineinsehen. Die nach hinten zu aufgeklappte Lamelle von Hirnsubstanz hängt nur an der Pia mater, sie bildete die dünne mediane Wandung. Die Höhle ist durch einen frontal geführten Schnitt eröffnet. Nach vorne Zentralwindungen.

auch für ihre Vollendung eine längere Zeit erforderlich gewesen sein muß. — Das viereckige, scharfrandige, wie mit einer Feile ausgearbeitete Loch in dem knöchernen Schädeldach betrifft nicht etwa eine durch eine pachionische Granulation verdünnte Stelle des Knochens, sondern an der Perforationsstelle ist die Knochensubstanz besonders dick (0,7 cm). — Bei einem gewaltsamen Vorgehen, wie es das Aufschlagen mit dem Schuh auf ein spitzes Werkzeug bedeutet, wäre eine Splitterung der Lamina vitrea entstanden; der Innenrand des viereckigen Schädeldefektes war aber ebenso scharf wie der äußere. Das setzt eine systematische, lange dauernde Arbeit voraus. St. hat immer wieder von neuem mit den mangelhaften ihm zur Verfügung stehenden Werkzeugen (dicke Glassplitter, eine starke Nähnadel, zwei kleine eiserne Nägel) in die Wunde hineinstoßen müssen, um sie schließlich so zu gestalten, daß es ihm möglich war, die bei der Obduktion aufgefundenen Fremdkörper in die Gehirnmasse hineinzuschieben.

St. hat diese Tat augenscheinlich beabsichtigt, denn nach seiner Verhaftung in Königsberg i. Pr. hat er häufig Selbstmordgedanken geäußert — während seiner letzten zweijährigen Tätigkeit in Greifswald war etwas Krankhaftes an ihm niemals aufgefallen —; er droht gleichsam damit, den Selbstmord zur Ausführung zu bringen, sofern es „zum Termin“ kommen sollte. Der Transport von Königsberg i. Pr. nach Greifswald bedeutet für ihn das Unvermeidliche; das Spielen mit den Selbstmordplänen wurde zur Tat.

Immerhin erscheint es sonderbar, daß St. gerade diese Art der Selbstbeschädigung wählt, in der das Planmäßige und Vorbedachte auffällt, daß er eine solche systematisch zustande gebrachte Verletzung durchführt, ohne sich von den Schmerzen daran hindern zu lassen; denn wenn schon die langsame Durchbohrung des knöchernen Schädels starke Schmerzen macht, so wissen wir, daß gerade die harte Hirnhaut außerordentlich empfindlich ist. Daß St. aber zu deren Eröffnung auch längere Zeit gebraucht hat, geht aus den zerfetzten Rändern des Hirnhautdefektes hervor.

Es müssen bei dem ganzen Vorgange besondere Umstände von seiten der Psyche des St. vorhanden gewesen sein. Diesen Verdacht bestätigte mir das Studium der Akten einer früheren Straftat des St, in der er sich der Urkundenfälschung und Unterschlagung schuldig machte (1906). Wir erfahren nämlich aus den Akten, daß St. ein uneheliches Kind ist, daß seine Mutter Selbstmord durch Vergiftung verübte, daß der Großvater der Mutter im Säuferwahn starb. In der Kindheit sollen bei St. Krampfanfälle aufgetreten sein, während der Militärzeit wurden Schwindelanfälle bei ihm beobachtet; er machte damals in einem „betäubungsartigen“ Zustande einen Selbstmordversuch. Nach seiner Dienstzeit wechselte er häufig die Stellung. — Sein Eheleben weist häusliche Szenen auf: Er

gerät in Wut, bedroht seine Ehefrau mit dem Messer; er läuft ohne Grund von Hause weg und irrt planlos umher; nach der Rückkehr schläft er und weiß danach nicht, was vorgegangen ist.

In einem Zustande von Bewußtlosigkeit begeht er im Jahre 1906 eine Urkundenfälschung, im Gefängnis macht er einen Selbstmordversuch, indem er sich mit seinem Taschenmesser den linken Unterarm in der Pulsadergegend mehrfach verletzt. Auf Grund eines Gutachtens des Kreisarztes in Elbing wird er freigesprochen.

Es folgt eine Zeit körperlichen und seelischen Wohlbefindens, in der St. in seinem Beruf fleißig arbeitet. — Im Jahre 1910 wird er dann wieder der Unterschlagung beschuldigt und verhaftet. Der Verhaftung folgt ein Selbstmordversuch mit Kleesalz, das er neben Mutterkorn, Akonit- und Digitalissamen bei sich zu tragen pflegte. Ein Gutachten des Herrn Geheimrat Prof. Dr. Beumer-Greifswald vom 25. April 1910 besagt, daß St. ein nervenschwacher, sehr reizbarer Mensch sei, der zeitweilig an epileptischen Dämmerzuständen gelitten habe. Auf Betreiben seines Rechtsbeistandes wurde er im April 1910 wieder aus der Haft entlassen mit der Verpflichtung, sich zu den Terminen pünktlich einzustellen. Er erscheint aber nicht, irrt zeitweise umher, hat heftige Erregungszustände und trägt sich mit Selbstmordgedanken. — So schreibt er an den Untersuchungsrichter in Greifswald: „Ich teile mit, daß ich einen solchen Termin überhaupt nicht wahrnehmen werde, lebendig wenigstens nicht“ und später an seine Frau „ich bin mit allen Jenseitsbeförderungsmitteln versehen“. — Sein Treiben führt zu seiner abermaligen Verhaftung, an die sich die vorgenannte Ueberführung von Königsberg i. Pr. nach Greifswald anschließt.

Die Lebensgeschichte des St. ist danach eigentlich eine fortlaufende Krankheitsgeschichte. — Die erbliche Belastung, die Krampfanfälle in der Jugend, der häufige Wechsel der Stellung, die Selbstmordversuche, sein Eheleben, sein planloses Umherirren lassen uns ihn als typischen Epileptiker erkennen. Er hat zwar keine Krampfanfälle, weist aber an Stelle dessen das psychische, epileptische Aequivalent, die epileptischen Dämmerzustände auf, die man bei ihm meist im Anschluß an eine seelische Erregung findet. Mit einem solchen Zustande werden wir auch bei der Ausführung der in Frage kommenden Selbstbeschädigung des St. rechnen müssen: Die Ueberführung von Königsberg i. Pr. nach Greifswald hat bei ihm eine bedeutende Schwankung des seelischen Gleichgewichtes hervorzurufen vermocht und hat eine Bewußtseinstrübung, jedenfalls einen Dämmerzustand ausgelöst. Nur so können wir uns die Herabsetzung der Schmerzempfindung und damit die Möglichkeit mit einer solchen Ausdauer an der Durchbohrung der knöchernen Schädeldecke und festen Hirnhaut zu arbeiten erklären.

Daß St. den Plan zu einer Selbstbeschädigung im geistig normalen Zustande gefaßt hat, geht aus dem Sammeln der, wenn auch notdürftigen, Werkzeuge (Glasstücke, Nähnadel, Nägel) hervor; daß er aber die vorgefaßte Absicht zum Selbstmorde oder zur Selbstbeschädigung in den Zustand seiner Bewußtseinstrübung hinüber nehmen konnte, dafür zeigt uns die Literatur zahlreiche Beispiele. — Ueberdies braucht das Bewußtsein des Epileptikers nicht aufgehoben sein, sondern es kann nur traumhaft verändert sein (Siemerling). Es können triebartige Impulse das Handeln in der Art beeinflussen, daß Gedankenrichtungen und Motive des normalen Zustandes in den Dämmerzustand hineinspielen. — In solchem traumhaftem Zustande ist nach Wollenberg der Epileptiker dem Hypnotisierten an die Seite zu stellen.

Wollenberg[1]) belehrt uns weiter darüber, daß die im gesunden Zustande gefaßte Absicht in den Dämmerzustand hinein übertragen und dann zur Ausführung gebracht werden kann, wenn er sagt: „Von besonderer Bedeutung sind die verhältnismäßig seltenen Fälle, in denen in Zuständen dieser Art (epileptische Dämmerzustände, Bewußtseinstrübungen) ausgeführte Handlungen zu dem gewöhnlichen Denkinhalt des Individuums in einer meist allgemeinen Beziehung stehen, insofern als gewisse Vorstellungsreihen aus dem wachen Zustande in dem Dämmerzustand hinüber genommen werden und in diesem vermöge der bestehenden Beschränkung der Assoziationsvorgänge und des Wegfalles aller Hemmungen ohne weiteres zur Handlung führen."

Für die liebenswürdige Ueberlassung des Materials sage ich Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Beumer meinen gehorsamsten Dank.

Querriss der Aorta aszendens durch indirekte Gewalteinwirkung.

Von Kreisarzt Dr. Karl Dohrn in Hannover.

Der 18jährige Klempnergeselle L. war auf dem Dache mit Ausbesserungsarbeit beschäftigt. Trotz Warnung seiner Kollegen entfernte er das Sicherheitstau, um unbehinderter arbeiten zu können. Plötzlich gab die Dachrinne nach; L. stürzte aus 15 m Höhe auf das Straßenpflaster herab. Er wurde tot unten aufgefunden.

Die äußeren Verletzungen ließen einen Sturz auf die vorgestreckten Hände und den linken Fuß annehmen. Beide Unterarme waren dicht über dem Handgelenk quer gebrochen. Die linke Sohle war von den Knochensplittern des völlig zertrümmerten Fersenbeines durchspießt.

Im übrigen fanden sich keine äußerlich sichtbaren Verletzungen; insbesondere war am Brustkorb nichts Abweichendes

[1]) Hoche: Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. 1909; Seite 712.

zu finden. Auffallend war die große Blässe der Haut. Sie fand ihre Erklärung durch folgenden eigenartigen Befund in der Brusthöhle:

An der Stelle, wo der Aortenbogen sich an die Wirbelsäule ansetzt und in den absteigenden Ast übergeht, findet sich ein klaffender Riß, der das ganze Rohr ringsum trennt. Die Trennungsränder lassen an vielen Stellen deutlich stufenweise die verschiedenen Schichtungen der Aortenwand erkennen. Die Umgebung dieses Einrisses ist in einer seitlichen Ausdehnung von 7 cm, in einer Längsausdehnung von 16 cm blutig durchtränkt.

Im rechten Brustfellsack 900, im linken 750 ccm dunkles, flüssiges Blut. Lungen völlig zusammengezogen.

Herzbeutel leer, Herz von der Größe der rechten Faust, fest anzufühlen, gut gewölbt, blaß braun, fest zusammengezogen. Herzhöhlen leer. Muskeldicke links 1,5, rechts 0,6 cm. Muskulatur derb, braunrot, gut gefasert. Innenhaut und alle Klappen zart, blaß.

Alle Rippen, die Wirbelsäule, Hals- und Nackenmuskeln unverletzt.

Der geschilderte Fall stellt insofern eine Seltenheit dar, als es sich um eine totale, quere Zerreißung der Aorta durch indirekte Gewalteinwirkung und ohne jede äußere Verletzung des Brustkorbes handelt. Bei direkter Gewalteinwirkung werden zwar gelegentlich Verletzungen der Lungen und des Herzens beobachtet, ohne daß die Rippen beschädigt sind. Es handelt sich hierbei meistens um Verletzungen jugendlicher Personen durch stumpfe Gewalt (Ueberfahren, Stoß, etc.), wobei die elastische Brustwand so weit nachgibt, daß zwar die inneren Organe gequetscht oder sonst wie geschädigt werden, die Rippen selbst jedoch unverletzt bleiben. Einen derartigen eigenartigen Fall beschreibt Tilp aus dem Straßburger pathologischen Institut.[1])

Das Zustandekommen des Querrisses der Aorta in unserem Falle ist wohl nur dadurch zu erklären, daß das Herz bei dem Auffallen des Körpers auf den linken Fuß und die beiden vorgestreckten Arme vermöge seiner Schwere einen Ruck nach unten und vorne bekam. Hierbei wurde die Aorta an derjenigen Stelle, wo sie an die Wirbelsäule festgeheftet ist, quer durchrissen.

Entstehung eines traumatischen Lidemphysems infolge eines Traumes.

Von San.-Rat Dr. M. Mayer-Simmern.

Im Anschluß an den von Kreisarzt Dr. Friedrich beschriebenen Fall von Unterkieferverrenkung infolge eines Traumes (diese Zeitschr. 1914, S. 23) berichte ich über einen 15jährigen Präparanden, der sich mir am 15. Juni 1913 vorstellte. Er gab an, am Abend vorher in der Zeitung von einem Morde gelesen zu haben, der ihn und seine Schulgenossen sehr aufgeregt habe. Von dem Morde habe er nun in der Nacht geträumt. Er sei aus dem Bett gefallen, sei sofort zu sich gekommen und habe zu seinem Erstaunen das linke Auge auf dem linken Knie liegen gehabt. Er habe sich wieder zu Bett

[1]) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; Bd. 46, H. 2, 1913.

gelegt, habe aber am Morgen mit Schrecken eine Schwellung des linken Oberlides bemerkt. Als er die Nase schneuzte, wurde die Schwellung größer. Die linke Nasenseite habe geblutet.

Bei der Vorstellung am Vormittag fand sich eine polsterkissenartige Schwellung des linken Oberlides: ein starkes Emphysem, das bei Berührung knisterndes Geräusch empfinden ließ. Die Lidspalte war durch die Schwellung bedeutend verkleinert. Das Auge selbst zeigte keine Veränderungen, die Sehschärfe war nicht herabgesetzt. Noch einige Tage kam Blut aus dem linken Nasenloch. Am 4. Tage soll alles geheilt gewesen sein. Bei einer Untersuchung am 13. Juli fand sich keinerlei Abweichung von der Norm.

Von den Theorien, die zur Erklärung des traumatischen Lidemphysems gegeben worden sind, seien erwähnt: die von Watt, von Knotz, von Fuchs und von Salus. J. G. Watt[1]) berichtet über einen Fall von Emphysem der Augenlider: Beim Fußballspiel war ein 27 Jahre alter Mann an dem unteren Rand der Augenhöhle durch Stoß verletzt worden. Nach Schneuzen der Nase bemerkte er, daß die Augenlider mit Luft gefüllt waren; beim Druck bestand das charakteristische Knistern. Die Luft wurde in wenigen Tagen resorbiert. Watt nahm an, daß durch einen Bruch des Knochens eine Verbindung der Augenhöhle mit dem Sinus frontalis zustande gekommen sei; dadurch sei mit dem heftigen Schneuzen der Nase Luft in die Augenlider gedrungen. Ignaz Knotz[2]) nimmt an, daß die harte, stumpfe Gewalt — Steinwurf und Faustschläge —, die in seinen Fällen unterhalb des Auges einwirkte, hauptsächlich das Jochbein und dessen Orbitalrandfortsatz getroffen habe.

„Dieser ist dünn und spitz zulaufend, ebenso dünn sind die Wände des Oberkiefers an der Stelle, wo sie mit dem Fortsatz des Jochbeines zusammentreffen; dünn ist der Orbitalwand- und stellenweise der Gesichtswandanteil des Oberkiefers. Die Gesichtsplatte des Jochbeines dagegen ist fest und massig, kann daher auch einer größeren Gewalt widerstehen und gibt den Stoß weiter, der nun die bezeichneten dünneren Stellen zum Bersten bringt. Auch in unseren Fällen dürfte der Sprung die Augenhöhlen- und Gesichtswand des Oberkiefers und den Orbitalausläufer des Jochbeins betroffen haben. Dadurch entstand die Verbindung Nasen—Oberkiefer—Augenhöhle, ein Weg, der bei größerem Druck leicht Luft unter die Augenlider führen konnte.“

Recht anschaulich werden die Verhältnisse von R. Salus[3]) in einem in der wissenschaftlichen Gesellschaft deutscher Aerzte in Böhmen am 6. Mai 1908 gehaltenen Vortrag geschildert:

„Das Emphysem entsteht nach Frakturen der orbitalen Wand einer der luftführenden Nebenhöhlen der Orbita und kann je nach der Lokalisation der Luftansammlung vor oder hinter der Fascia tarsoorbitalis eingeteilt werden in ein orbitales und palpebrales. Die erstere Form ist gewöhnlich die primäre, obwohl isoliert selten vorkommend und meist in eine Mischform, die orbitopalpebrale übergehend, indem die Luft die Fascia tarsoorbitalis durchbricht und in das Lidzellgewebe eindringt. Ein sicherer Fall der isolierten palpebralen Form ist noch nicht beobachtet; meist wird die orbito-palpebrale Form, wenn wegen der Lockerheit des Lidzellgewebes der größte Teil der Luft aus der

[1]) The brit. med. journ. 1902, ref. Aerzt. Sachv.-Ztg. 1902; S. 166.
[2]) Aerzt. Sachv.-Ztg; 1903, S. 198.
[3]) Münchener med. Wochenschrift; 1908, S. 1109.

Orbita in dieses eingedrungen ist, als palpebrale bezeichnet (Heerfordt)... S. wendet sich gegen die Theorie von Fuchs, die annimmt, daß das traumatische Emphysem entsteht nach einer Kontusion, welche den Augapfel traf. Dadurch wird dieser in die Orbita zurückgedrängt und zwingt das orbitale Fett zum Ausweichen; dies verursacht durch den Anprall den Bruch der Lamina papyracea des Siebbeins, auf den die meisten Fälle von Emphysem zurückzuführen sind. Auf Grund der Anamnese und klinischer Befunde, so besonders aus dem fast regelmäßigen Fehlen jeder sichtbaren Kontusion am Augapfel, endlich auf Grund von Versuchen, bei denen S. durch Schlag auf den Orbitalrand des entfleischten Schädels nachweisen konnte, daß die Lamina papyracea eine Prädilektionsstelle für indirekte Fraktur darstellt, kommt er zu dem Schlusse, daß in der Regel diese zu Emphysem führenden Frakturen der mehr oder weniger zarten orbitalen Wand der Nebenhöhlen durch indirekte Gewalt, durch Traumen, die den umgebenden Knochenteil treffen, zustande kommen." [1])

Auf diese Verhältnisse hat auch Imhof[2]) hingewiesen. Zur Entstehung des traumatischen Emphysems ist wesentlich die Kommunikation des subkutanen Gewebes mit lufthaltigen Räumen des Kopfes; es kommt zustande, wenn bei forzierten Exspirationsstößen, wie beim Husten, beim Schneuzen Nase und Mund verschlossen sind und der erhöhte Druck die Luft in die Gewebe preßt — bei Verletzungen des Schädelknochens, wenn bei gleichzeitigem Riß in der Schleimhaut eine Verletzung der Wandung eines lufthaltigen Schädelhöhlenraumes stattfindet.

Gerichtlich medizinisch hat der geschilderte Fall Interesse, weil durch die Anamnese fremde Gewalt als ursächlicher Moment für das Emphysem ausgeschlossen werden konnte. Als Erklärung dürfte hier wohl die von Fuchs gegebene die plausibelste sein, da der junge Mann mit Sicherheit angab, beim Erwachen habe das linke Auge auf dem Knie gelegen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

1. Allgemeine Bakteriologie und Seuchenbekämpfung.

Ueber die Wirkung von Farbstoffen auf Bakterien. Vitalfärbung — Entwicklungshemmung. Zentralblatt für Bakteriologie; I. Abt., Orig., Bd. 71, 1918, Heft 5—7.

Aus der ungemein gründlichen Untersuchung des Verfassers seien einige seiner Ergebnisse herausgegriffen: Das verschiedene Verhalten der Kleinwesen gegenüber der Gramschen Färbung ist der Ausdruck eines verschiedenen Plasma-Baues und ein wesentlicher Einteilungsgrundsatz. Die Gram-positiven nehmen das Gentiana-Violett und vielleicht auch das Jod leichter auf und halten es stärker fest, als die Gram-negativen. Entsprechend sind sie der Giftwirkung von Farblösungen stärker ausgesetzt, als die Gram-negativen. Gonokokken, Meningokokken und Micrococcus catarrhalis verhalten sich, trotzdem sie Gram-negativ sind, bezüglich der Farbstoffempfindlichkeit wie ihre Verwandten, die Gram-positiven Kokken. Sporentragende Bazillen scheinen von Farblösungen besonders leicht vergiftet zu werden. Zwischen Lipoidlöslichkeit und kolloidalem Charakter und Giftigkeit und Durchdringungsvermögen der Farblösungen ist kein Zusammenhang nachweisbar.

Dr. Hutt-Breslau.

---

[1]) Gruening hatte bereits in Fällen, wo äußerlich keine Verletzung nachweisbar ist, eine Entstehung durch Contrecoup angenommen.

[2]) In Diss. München 1903, ref. von M. Schwab in Münchener med. Wochenschrift; 1904, S. 1447.

Bekämpfung der Dauerausscheidung von Bazillen mittels Yatren (Tryen). Von Oberstabsarzt Dr. H. Bischoff in Berlin. Deutsehe medizin. Wochenschrift; 1913, Nr. 38.

Bischoff hat ein neues von dem West-Laboratorium Berlin-Schöneberg hergestelltes und von Abel zuerst zur Behandlung von Scheiden- und Uteruskatarrhen empfohlenes Mittel, das Yatren (Tryen), auf seine bakteriziden Eigenschaften im Reagenzglas und dann am Menschen untersucht. Das Präparat ist ein gelbes, leichtes voluminöses Pulver und stellt chemisch eine Jodverbindung eines Benzolderivates dar. Bischoff konnte eine nennenswerte bakterizide Kraft und entwicklungshemmende Wirkung des Yatren im Reagenzglasversuch feststellen. Bei Applizierung mittels Pulverbläser auf die Rachenorgane von Diphtheriekranken schien es die Ausscheidungsdauer der Diphtheriebazillen abzukürzen. Irgendwelche lokalen oder allgemeine Giftwirkungen durch die Anwendung des Yatrens konnten in keinem Falle beobachtet werden, so daß die Hoffnung berechtigt erscheint, in dem neuen Mittel eine wirksame Hilfe in der Bekämpfung der Dauerausscheider zu erhalten.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Arthropoden (insbesondere Insekten) als Krankheitsüberträger. Jahreskurse für ärztl. Fortbildung. Oktober 1913.

Arthropoden können in zweierlei Art Krankheiten übertragen: Erstens als mechanische Vermittler, die hauptsächlich bakterielle Keime übertragen; zweitens als echte Ueberträger, in denen die Parasiten eine Entwickelung durchmachen. Die echten Ueberträger werden in nachfolgenden Gruppen angeordnet und kurz mit den zugehörigen Parasiten besprochen: 1. Diptera. 2. Rynchota. 3. Pedikuliden. 4. Puliziden. 5. Akarinen.

Dr. Dohrn-Hannover.

Ueber die Seuchengefahr im Kriege. Von Obergeneralarzt Dr. Landgraf-Berlin. Berliner klin. Wochenschrift; 1913, Nr. 40, S. 1869.

Die Geschichte lehrt, daß im Kriege die Seuchen mehr Opfer fordern, als die Waffen; ss muß daher im Kriegsfalle die Einschleppung von Seuchen in das Heer verhütet und nach erfolgter Einschleppung die Verbreitung gehindert werden. Aus verseuchten Gegenden eingezogene Kranke werden isoliert und beobachtet; das Gelände des Aufmarsches wird auch gesundheitlich erkundet. Daneben gehen die allgemeinen hygienischen Maßregeln: Sorge für gutes Trinkwasser, Beseitigung der Abfallstoffe usw. Kriegsgefangene müssen untersucht, Kranke und Krankheitsverdächtige abgesondert werden. Durch bei der Etappeninspektion befindliche Hygieniker werden die ersten Erkrankungsfälle festgestellt und nach Bedarf Beobachtungsstationen und Seuchenlazarette angelegt.

Dr. Beintker-Düsseldorf.

Der Ursprung der indogermanischen Notfeuer. Von Dr. Reinhard Hofschläger-Krefeld. Sonderabdruck aus dem Archiv für die Geschichte der Naturwissenschaft und der Technik. IV. Bd. Festschrift Karl Sudhoff gewidmet. 1913, S. 174—188.

Zur Zeit der Pest[1]) wurden im Altertum und im Mittelalter große Holzstöße auf öffentlichen Plätzen abgebrannt; bei Cholera wurden in Mecklenburg noch 1866 an vielen Orten öffentliche Feuer angezündet. Bei richtiger Anordnung mögen sie bei solchen Seuchen guten Nutzen gebracht haben, die durch die Insekten der Luft verbreitet werden können: z. B. beim Milzbrand, bei den Pocken und der Pest. Aber auch bei Typhus und Cholera mag eine Reinigung der menschlichen Ansiedlungen von Mücken und Fliegen durch Rauchfeuer eine Quelle der Ansteckung zum Teil verstopft haben. Die Notfeuer waren, sofern sie Dauerfeuer waren, vielleicht der beste Schutz außer der Flucht vor der Seuche, den der prähistorische Mensch gehabt hat. Noch heute ist das Vorbeugungsmittel der afrikanischen Viehzüchter gegen die durch

---

[1]) Vergl. Dr. Hecker-Straßburg. Diese Zeitschrift 1912; 1. Beil S. 10: Seuchenbekämpfung in früherer Zeit . . .

Insekten verbreiteten Viehseuchen ähnlich: durch dichte Rauchwolken halten sie die Stechmücken und Fliegen von den Hürden ab.

Die kultischen Notfeuer, die Hilfe in der Not bringen sollen, und die vorbeugend wirkenden Sonnenwendfeuer haben ihren gemeinsamen Ursprung in den Schutzfeuern gegen die Insekten.

Von deutschen Volksbräuchen bei Seuchen werden vom Autor berücksichtigt solche in Sachsen, Mecklenburg, in der Oberpfalz, Bayern, in der Mark.

Dr. Mayer-Simmern.

2. Pocken und Schutzpockenimpfung.

Epidemiologisches und Experimentelles über Variola und Vakzine. Von Dr. Tièche in Zürich. Korrespondenzblatt f. Schweiz. Aerzte; 1913, 24, 25, 26.

T. sah Variolois, die am 2. und 3. Tage der Jodakne verblüffend ähnelte; ferner zeigten andere Fälle von Variolois schon am 3. Tage der Eruption ausgebildete Bläschen, die auffallend zart, dünnwandig, sowie zugespitzt (spitze Blattern) waren und bei geringstem Druck platzten. Erwachsene, die in der Jugend geimpft waren und während der Inkubationszeit geimpft wurden, boten dünnwandige Pocken dar; ferner zeigte sich bei ihnen wiederholt um die Effloreszenzen ein Erythem zu der Zeit, da sich die immunisatorischen Wirkungen der Vakzine auftreten mußten.

Die Ueberimpfung von Varizellenblaseninhalt bewirkt weder Papel- noch Areabildung, während die kutane Impfung des Variolapustelinhalts nach Abtötung der Keime durch halbstündige Erhitzung auf 50° auf der Haut des Gesunden eine Frühreaktion nach 6—8 Stunden erzeugt. Die Möglichkeit der Differentialdiagnose zwischen Variola und Varizellen mittels der Kutanreaktion ist also gegeben; die Frühreaktion der Variolaimpfung entspricht im zeitlichen Einsetzen, in Entwicklung und Konfluenz des Erythems der Entwicklung einer zur gleichen Zeit vorgenommenen Vakzineinsertion.

Die Ansicht v. Pirquets: „Der kräftige, gesunde, vor längerer Zeit Vorgeimpfte kann also auf die Blattern in der Weise reagieren, daß er, statt ein diskretes Exanthem zu bekommen, allgemeine Petechien zeigt und in diesem Anfall zugrunde geht", teilt T. nicht. Es erscheint ihm unwahrscheinlich, daß das Krankheitsbild der Purpura variolosa die Folge der Ueberempfindlichkeit ist, die durch eine in der Jugend gesetzte Vakzination erzeugt wurde; er glaubt vielmehr, daß vielleicht mehrere Protopusteln, als Sukzessivinfektionen gedacht, beim Zustandekommen der hämmorrhagischen Pocken eine Rolle spielen, da bei wiederholten Infektionen in kurzen Intervallen der Körper frühzeitig lytische und agglutinierende Antikörper bilden kann. Dr. Wilke-Genthin.

Impfung und Impfschutz in Hamburg. Von Dr. Voigt. Medizinische Klinik vom 26. Oktober 1913; S. 1785.

Der Hamburger Bericht zeigt wiederum, wie sehr das Publikum sich der allgemeinen Impfpflicht zu entziehen sucht. Die privatärztlichen Dispense haben in den letzten Jahren in einer den wirklichen Verhältnissen nicht entsprechenden Weise zugenommen. Es wurden von Privatärzten 37 % der Erstimpflinge, von den Amtsärzten dagegen nur 16 % der Kinder wegen mangelnder Gesundheit zurückgestellt. Den Rekord erzielten die Naturärzte. Einer von diesen stellte 52 Kinder zurück und impfte 1 Kind! Es kommt noch hinzu, daß zahlreiche der von Privatärzten geimpften Kinder ohne Erfolg geimpft werden. So kann von einem wirksamen Schutz der gesamten Bevölkerung kaum die Rede sein. Die Stadt Hamburg, welche als größter Hafenplatz besonders gut gegen die Pockengefahr geschützt sein sollte, steht hinter dem übrigen Deutschland an Umfang des Impfschutzes zurück. Dr. Dohrn-Hannover.

3. Pest.

Ueber die Pest. Die Wichtigkeit des Rattenflohes zur Feststellung von Pest. Von Prof. Dr. Kitasato-Tokio. Berliner klin. Woschenschrift; 1913, Nr. 41, S. 1881.

Zum Fang von infizierten Rattenflöhen benutzt Kitasato Meerschweinchen, die er 24 Stunden in verdächtigen oder verseuchten Häusern herumlaufen läßt. Diese Tiere sind für Pest sehr empfänglich, auf sie gehen

die Rattenflöhe in ziemlicher Zahl; auch nach der Desinfektion wurden noch infizierte Flöhe gefunden. Es ist aber zu fordern, daß durch die Desinfektion die Insekten mit abgetötet werden, was mit den gebräuchlichen Mitteln nie gelingt. Es ist aber auch die Erbauung rattensicherer Häuser von größter Wichtigkeit. Dr. Beintker-Düsseldorf.

---

4. Unterleibstyphus.

Fortschritte in der Typhusschutzimpfung der amerikanischen Armee im Jahre 1912. Von Frederick M. Russell, M. D., Major med. corps U. S. army, Washington. Vortrag auf der 64. Jahresversammlung der am. med. ass. The journal of the am. ass.; 1913, LXI, Nr. 9, Seite 666 (mit 6 Tabellen und 3 Diagrammen).

Der Autor stellt auf Grund der in der amerikanischen Armee gemachten günstigen Erfahrungen als Programm auf: Personen, die in Distrikten wohnen, deren Typhusmorbidität dauernd gering ist, bedürfen der Schutzimpfung nicht. Indiziert ist sie dann, wenn jemand seinen Wohnort wechselt und nach einem Orte verzieht, wo die Typhusgefahr größer ist, als an der bisherigen Wohnstätte. In Städten oder Landbezirken mit hoher Typhusmorbidität ist sie ebenfalls angezeigt. Die Schutzimpfung wird nur an Gesunden ausgeführt; jedes kleine Unwohlsein ist Anlaß, sie auszusetzen: hierauf beruht wahrscheinlich das gute Endergebnis. In den letzten vier Jahren wurden 200000 Mann vom Landheer und der Marine geimpft, ohne daß je Nebenwirkungen eingetreten wären. Auch die Annahme, latente Tuberkulose sei aktiv geworden oder irgendein anderes Leiden sei als Folge der Schutzimpfung anzusehen, läßt sich aus den Berichten nicht begründen. Gerade wie gegen Pocken wird daher gegen Typhus die Schutzimpfung alle 4 Jahre vollzogen. Bei Pocken versagte die Impfung nur in 53 Fällen, von denen einer tödtlich verlief; bei Typhus — in derselben Zeit von 4 Jahren — 27 mal mit einem Todesfall infolge von Blutung. Die Gesamtzahl betrug dort 327406, hier 135401 von 1909 bis Ende 1912. Vor der Einführung der Impfung war die geringste Sterblichkeitsrate an Typhus 27 auf 100000 in 1906; die geringste Morbidität 320 : 100000 in 1908. Durch die Schutzimpfung sanken die Zahlen auf 4,4 und 31 : 100000. Im Jahre 1912 waren die Todesfälle in der Armee auf $^1/_6$, die Erkrankungsfälle auf $^1/_{10}$ des zuvor erreichten Optimums gefallen, nachdem Ende 1911 obligatorische Impfung für alle männlichen Personen unter 45 Jahren die im Heeresdienste stehen, verfügt worden war.

Typhusträger werden durch die Impfung nicht geheilt; Typhuskranke vielleicht nicht ungünstig beeinflußt. Auch Kinder werden geimpft; sie reagieren nicht so stark wie Erwachsene. Je jünger der Mensch, desto geringer scheint die Reaktion gegen Typhusschutzlymphe zu sein. Dr. Mayer-Simmern.

Die Ursachen der abnehmenden Morbidität am Typhus. Vortrag im Provincial meeting des englischen Medizinalbeamtenvereins in Liverpool. Von C. O. Stallybraß, D. P. H., ass. med. off. health Port of Liverpool. Public health; Sept. 1013, XXVI, Nr. 12 (mit 4 Karten).

Der Vortrag bringt eine Ausführung des von dem Autor (siehe diese Zeitschrift; 1912, S. 903) im Vorjahre Gesagten. Die Abnahme des Typhus in England läßt sich in einer Kurve darstellen, die von 1890—1900 insofern eine Unterbrechung zeigt, als sie hier stationär blieb. In Schottland und Irland war sogar in jener Zeit ein Anstieg zu verzeichnen. Aehnliches wurde in Birmingham, Glasgow, London und Edinburg beobachtet. Größere Genauigkeit in der Diagnose, nachdem das Infections diseases notification act 1889 eben in Kraft getreten war, ist nur z. T. an diesem Anstieg schuld, eine größere Sterblichkeit wohl kaum. Klimatische Einflüsse waren insofern von Bedeutung, als in heißen Jahren, wie 1893 auch die Säuglingssterblichkeit, wie die an Typhus, anstieg.

Für Liverpool hatte der Autor schon im Vorjahre die Krankenhausüberführung der Typhuskranken als eine Ursache des vorzüglichen Standes von 1894 an verantwortlich gemacht. Größere Abnahmen als Liverpool, wo der Typhus in 20 Jahren auf $^1/_4$ sank, hatten nur Edinburg ($^1/_8$), Haag ($^1/_7$) und

Chicago ($^1/_5$—$^1/_6$ ihrer früheren Zahlen) zu verzeichnen. Wesentlich war besonders die Assanierung der Stadt, die Reduktion der ungesunden, tunnelierten Höfe, die oft nicht mit irgendeiner Straße in Zusammenhang standen (seit 1896 von 1540 auf 500). Jeder niedergerissene Hof bedeutete einen Typhusfall weniger, da die Zahl von 1300 auf 125 sank. Von 500 Fällen in den letzten 3 Jahren waren 26 % eingeschleppt, 9 % beruhten auf direkter Uebertragung, 5 % auf Austerngenuß, 1 % auf Milchgenuß. In 54 % ließ eine sichere Ursache sich nicht nachweisen. Die Zahl dieser Fälle war in dem ungesunden Zentralgebiet der Stadt 3 mal so groß, als in den assanierten Außenbezirken. Die auf Austern zu beziehenden Fälle zeigen einen Anstieg im Spätherbst, die eingeschleppten in den Ferien. Den bekannten Herbstanstieg weist besonders das Zentrum der Stadt auf. — Bei der Jahresversammlung der British med. assoc. in Liverpool hielt man die Fälle unermittelter Herkunft für Wasserinfektionen; dagegen spricht jedoch, daß bei Wasserinfektion auch die Säuglingssterblichkeit in solchen Städten mit endemischem Typhus im Winter und Frühling besonders groß ist, während sonst wenigstens 75 % der Fälle von Säuglingssterblichkeit im Sommer und Herbst auftreten. So ist es auch in Liverpool. Dr. Mayer-Simmern.

---

5. Paratyphus.

Ueber eine Massenerkrankung an Paratyphus B beim Inft.-Reg. 78 in Osnabrück. Von Prof. Stabsarzt d. R. Dr. R. Otto. Berliner klin. Wochenschrift 1913; Nr. 40, S. 1859.

Am 21. Juni erkrankten beim I. Bataillon 163 Mann mit Brust-, Bauch-, Kopf- und Rückenschmerzen. Am nächsten Tage meldeten sich weitere 72, dann 27 und 6 Kranke zu. Also 268 Mann. 32 mußten ins Lazarett überführt werden. Es erkrankten außer den Mannschaften nur der stellvertretende Bataillonskommandeur, der am Tage das Essen, Rindfleisch und Petersilienkartoffeln, gekostet hatte. Zunächst wurde an eine Verwechslung der Petersilie mit Schierling gedacht. Zwei Tage darauf erkrankten vom II. Bataillon 51 Mann nach dem Genusse von Gulasch. Das Fleisch war in beiden Fällen von demselben Metzger geliefert. Beim I. Bataillon hatte die 4. Kompagnie $1^1/_2$ Stunden vor den anderen das Essen bekommen; sie zeigte nur 51 % Erkrankungen, während die anderen Kompagnien 76—78 % aufwiesen. Im Stuhlgang von 25 Kranken wurden Paratyphus-B-Bazillen nachgewiesen. Blutproben, die während der Krankheit entnommen wurden, waren negativ, solche, die 10 Tage später entnommen wurden, gaben zu 90 % Agglutination mit Paratyphus-B-Bazillen. Die Bazillen sind wahrscheinlich mit dem Fleisch eingeschleppt, gelangten bei der Zubereitung des Fleisches an die Hände des Personals; so daß nach dem zweistündigen Kochen das Fleisch und die Kartoffeln von neuem infiziert wurden. Die Bazillen vermehrten sich dann reichlich. Otto schlägt als Schutzmaßregeln vor, daß die zur Lieferung herangezogenen Fleischer verpflichtet werden, in ihren Geschäften kein auswärts geschlachtetes Vieh feilzuhalten, da es häufig von Notschlachtungen herrührt und dann gesundes Fleisch anstecken kann. Uebrigens sind derartige Fleischvergiftungen selten in Anbetracht der Tatsache, daß täglich ca. $^1/_2$ Millionen Soldaten gemeinsam verpflegt werden. Dr. Beintker-Düsseldorf.

---

6. Ruhr.

Ueber serumfeste Ruhrstämme. Von Dr. Busch (San.-Amt des VII. A.-K.). Zentralblatt f. Bakt.; 1913, 1. Abt., Orig., Bd. 71, H. 5/7.

Unter „serumfest“ versteht der Verfasser die Eigenschaft eines Stammes, nicht agglutiniert zu werden, wo er erwartet, daß Agglutination eintreten müßte. Daß man allerdings erwartet, ein „y“-Stamm müßte durch ein „y“-Serum agglutiniert werden, ist nach den Arbeiten von Kruse, dem Entdecker des Pseudodysenterie-Bacillus, eigentlich zu verwundern. Wenn man die Pseudodysenterie nach der Maltose-Vergährung einteilt, muß man sich bei der Agglutination auf alles, und sogar auf „Serumfestigkeit gefaßt machen.

Wie man aus der Tatsache, daß ein Stamm sein homologes Serum absättigt, (letzte Tabelle), den Schluß ziehen kann, dies sei ein „y“-Stamm, bleibt das Geheimnis des Verfassers. Dr. Hutt-Breslau.

Die Entamöben des Menschen und ihre praktische Bedeutung. Von Dr. W. A. Kuenen und Dr. N. H. Swellengrebel (Medan, Sumatra). Zentralblatt f. Bakt.; 1913, 1. Abt., Orig., Bd. 71, H. 5/7.

Während die Entamoeba coli ein namentlich bei Durchfällen häufig auftretender, aber wahrscheinlich harmloser Darmschmarotzer ist, wird die Amöben-Dysenterie von der Entamoeba tetragena hervorgerufen. Die „Entamoeba histolytica Schandinn" ist nur von wenigen wieder gefunden worden; man gibt diese Artbezeichnung am besten ganz auf, weil sie keine ausreichenden Unterscheidungsmerkmale bietet.

Die Entamoeba tetragena kommt in 3 Formen vor. Als „Hystolytica"-Stadium, wo sie in den Darm- oder Lebergeschwüren lebt und sich durch zahlreiche Einschlüsse von roten Blutkörperchen auszeichnet, als „Minuta" Form, wo sie als sehr kleine Amöbe augenscheinlich ziemlich lange im Darminhalt vegetiert; schließlich als Dauer-Form, als Zyste. Sie bildet 4, die Entamoeba coli 8 Kerne in jeder ausgewachsenen Zyste. Die meisten Zysten zeigen bei der Tetragena das einkernige, bei der Coli das zweikernige Zustandsbild. Die Zysten keimen anscheinend erst in einem neuen Wirtstier aus, dienen also vornehmlich der Erhaltung der Art. Immerhin sind sie nicht sonderlich widerstandsfähig. Austrocknung und ebenso üppiges Bakterienwachstum tötet sie außerhalb des Darmes rasch ab. Das Emetin wirkt nur gegen die eigentlich krankmachende Form, die Histolytica-Amoeben, spezifisch und tötet sie in Verdünnungen von 1:10000 rasch; die Minuta-Formen und Zysten sind wesentlich widerstandsfähiger. Fliegen spielen für die Uebertragung der Amoebendysenterie keine Rolle.

Die Beobachtungen wurden an 19 Menschen vorgenommen. Bei der großen Schwierigkeit der Amoeben-Forschung — das Tierexperiment versagt sehr häufig — sind natürlich die Ergebnisse nicht als sicher oder endgültig anzusehen. Dr. Hutt-Breslau.

7. Scharlach.

Die Freiluftbehandlung des Scharlachs. Von Herbert M. Cargin, ass. med. off of health, Birmingham, late med. superintendent, City hospital Birmingham und T. Grahand Shand, ass. med. off of. health, Wakefield, late med. superintendent, City hospital, Witton, Birmingham. Public health; 1913, XXVI, Nr. 11.

Die vor 2 Jahren empfohlene Freiluftbehandlung des Scharlachs (s. Booblyer, diese Zeitschrift 1911, S. 610) hat nicht die Aufmerksamkeit erregt, die sie verdient. Die Autoren betonen den Nutzen und die Annehmlichkeit dieser Behandlung für die Kranken auch in schweren Fällen; hoffnungslose Scharlachkranke genesen, Komplikationen werden seltener, auch die Nierenkranken werden rasch wieder hergestellt und der Krankenhausaufenthalt wird verkürzt. Behandelt wurden insgesamt in den Jahren 1911 und 1912 1163 Scharlachkranke; es starben 27, die Sterblichkeit war demnach 2,3 %. Von diesen wurden im Freien behandelt 957 mit einer Sterblichkeit von 8 = 0,83 % und zwar waren septisch (mit fauligen Sekretionen) 44; schwer septisch (mit Intoxikationssymptomen) 18; ernst, mit starkem Hautausschlag und Rachensymptomen 37; sehr ernst, mit nicht gut ausgeprägtem Ausschlag, Temperaturen von 103—104° F und Rachenläsionen 30, es zeigten mächtige Drüsenpakete 6; und es waren maligne Fälle ohne Ausschlag, die Kranken beim Einliefern moribund: 3.

Grade die Kranken, die hohe Temperaturen, Delirien, dunkelgefärbten Ausschlag, reichliche Sekretionen aus Nase und Ohr aufwiesen, wurden im Freien behandelt. Der Erfolg war so günstig, daß die Eltern neu eingelieferter Kinder den Wunsch aussprachen, ihre Kinder möchten gerade so behandelt werden.

Ueber die Methode gibt das oben erwähnte Referat Auskunft.

Dr. Mayer-Simmern.

8. Masern.

Die Sterblichkeit an Masern, deren Ursachen und Wege zur Bekämpfung. Von Stephan Chauvet. Revue d' Hygiène et de Police sanitaire; 1913. Bd. 35, Nr. 10.

Die Sterblichkeit an Masern ist sehr wechselnd. Sie wird besonders be-

einflußt von dem Auftreten komplizierender Krankheiten, insbesondere von Broncho-Pneumonien. So starben während einer Masernepidemie, die Verfasser im Krankenhause seines Chefs Marfan beobachtete, 39 % der Kranken, während man durchschnittlich mit einer Sterblichkeit von etwa 17 % in Krankenhäusern rechnen muß.

Die Ursachen dieser hohen Sterblichkeit liegen darin, daß die kranken Kinder in großen Sälen in den Krankenhäusern untergebracht und hierbei der Ansteckung mit interkurrenten Krankheiten (Bronchopneumonien) ausgesetzt werden. Die Versuche durch Glaswände, die nicht einmal bis auf den Boden reichen, eine Trennung durchzuführen, haben keinen Erfolg gehabt. Notwendig ist eine vollständige Isolierung des Masernkranken in einem separaten Zimmer. Seitdem dieses Prinzip im Krankenhaus Pasteur durchgeführt ist, hat die Sterblichkeit an Masern nur 1,43 % betragen.

Dr. Dohrn-Hannover.

9. Akute epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis acuta epidemica).

Ueber Kultivierung des Mikroorganismus der Poliomyelitis epidemica. Von Simon Flexner und Hideyo Noguchi, M. D., Newyork. Berliner klin. Wochenschrift; 1913, Nr. 37, S. 1694.

Aus steril entnommenen Stücken der Hirnsubstanz und dem Berkefeld-Filtrat der Verreibungen konnten die Verfasser den Mikroorganismus züchten. Die Kultur geschieht in steril entnommenen Ascites anaerob. (Ueberschichten von Paraffin liquid). Der Erreger hat Kugelform und bildet in flüssigen Nährböden Ketten; später kann er auch auf festem Nährboden weiter gezüchtet werden. Durch Verimpfung auf Affen gelang es bei einigen Stämmen, wiederum Poliomyelitis hervorzurufen.

Dr. Beintker-Düsseldorf.

Die akute epidemische Kinderlähmung. Von Prof. Dr. Paul Krause in Bonn. Zeitschrift für ärztl. Fortbildung; 1913, Nr. 6.

Als Beweis für die infektiöse Natur der Kinderlähmung sind aufzuführen: 1. das gehäufte Auftreten in Epidemien; 2. das Auftreten in einzelnen Orten als Gruppenerkrankung; 3. die Tatsache, daß eine Uebertragung von Mensch zu Mensch erfolgt; besonders scheinen dabei gesund bleibende Zwischenträger eine Rolle zu spielen; mit Vorliebe scheint sich die Krankheit auch entlang der gewöhnlichen Reisewege auszubreiten; 4. als Hauptbeweis die einwandfrei gelungene Uebertragung auf Affen und Kaninchen.

Die Inkubation beim Menschen beträgt durchschnittlich 5—10 Tage. Die Krankheit ist der Hauptsache nach eine Erkrankung des zweiten und dritten Lebensjahres. Als Eintrittspforte des Virus kommen sowohl der Magentraktus, wie die oberen Luftwege in Betracht, während äußere Verletzungen kaum eine Rolle spielen. Womit das Virus übertragen wird, ist noch nicht sicher gestellt, auffallend ist, daß in mehreren Epidemien gleichzeitig ein auffallendes Sterben unter jungen Hühnern, Kaninchen, Pferden beobachtet wurde.

Der Erreger der akuten Kinderlähmung ist unter den bisher bekannten gewöhnlichen Krankheitserregern nicht zu finden; vor allem ist aber das Virus enthalten im Gehirn und Rückenmark, aber auch in Milz, Leber, Blut und Lumbalflüssigkeit; auch im Darm von an Kinderlähmung Verstorbenen ist es zunächst nachgewiesen. Die Uebertragung auf Tiere gelingt namentlich intraperitoneal und subdural, ferner subkutan, intranasal, intratracheal, per os. Im Blutserum von Affen treten spezifische Antikörper auf; dadurch ist die Möglichkeit einer Seradiagnose der akuten Kinderlähmung gegeben.

Auf die pathologische Anatomie kann hier nicht näher eingegangen werden.

Bezüglich des Krankheitsbildes kann man in den meisten Fällen folgende Stadien unterscheiden: 1. das der Allgemeinerscheinungen, 2. das der Lähmung, 3. das der Rückbildung, 4. das Endstadium der bekannten Lähmungen, meist der schlaffen atrophischen Lähmung.

Therapeutisch ist man auf die symptomatische Behandlung angewiesen; trotz allen Suchens ist es bisher noch nicht gelungen, ein spezifisches Heilmittel zu finden. Eine gewisse Immunität scheint nach den klinischen und experimentellen Beobachtungen vorhanden zu sein. Eine Isolierung der Kranken ist dringend notwendig, ebenso Desinfektion von Kleidern, Wäsche und Wohnung der Kranken.

Dr. Pachnio-Westerburg.

Epidemische Kinderlähmung. Von Philip F. H. Barbour-Louisville. Vortrag in der Kentucky state med. association. The journal. of the am. med. ass.; 1913, LXI, Nr. 12, S. 988.

Der Autor rät bei der Poliomyelitis die Anwendung von Ableitungsmitteln auf die Haut, die Verordnung von Ergotin, Atropin, Strychnin. Dem Muskelschwund und dem Verlust der Kontrolle über die Muskeln kann vorgebeugt werden durch Uebungen; der Kranke soll alle Muskelfasern, die er freiwillig bewegen kann, zu benutzen versuchen.

In der Diskussion warnt Beard vor der Anwendung des Strychnin längere Zeit hindurch. Er plädiert für systematische Ruhe nach Ablauf der akuten Symptome, für Anwendung der Hydrotherapie. Moren macht darauf aufmerksam, daß die Fälle, die wir heute bei Poliomyelitis sehen, anders verlaufen als vor 15 - 30 Jahren. Charakteristisch sind die sensiblen Symptome, die Schmerzen und die Hyperästhesie der gelähmten Extremität. (In einem Falle von Kinderlähmung, den Referent jüngst sah und der den rechten Arm betraf, war die Schmerzhaftigkeit und die Empfindlichkeit bei Berührung wochenlang so bedeutend, daß befürchtet wurde, es liege Osteomyelitis des Oberarmes bei dem 3 jährigen Knaben vor). Dr. Mayer-Simmern.

Der Stand der Heine-Medinschen Krankheit in Bayern (epidemische Kinderlähmung). Von Dr. Uffenheimer. Münchener med. Wochenschrift; 1913, S. 2833.

Auf Veranlassung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in München wurde im Jahre 1912 in Bayern eine Sammelforschung über diese Krankheit veranstaltet. Nach Abrechnung der vermutlich doppelt geprüften Fälle wurden unter 7 Millionen Einwohnern seit Mai bis Juni 1912 im Lande 197 Erkrankungen gemeldet, eine Zahl, groß genug, um ein epidemisches Auftreten behaupten zu dürfen. Es scheint, daß die städtischen Verwaltungen allen Grund haben, ein wachsames Auge auf die Krankheit zu haben; denn die in den unmittelbaren Städten gemeldeten Fälle übertreffen den Landesdurchschnitt. Graßl-Kempten.

---

10. Wochenbettfieber.

Ueber Miliaria puerperalis. Von Dr. Emil Mayr, Sanitätskonzipist. Radkersburg (Steiermark). Der Amtsarzt; 1913, Nr. 9.

Seit etwa 2 Jahren herrscht in Ungarn im Eisenburger Komitat endemisch der Schweißfriesel. Die Endemie ist dadurch ausgezeichnet, daß sie ausschließlich Frauen und mit geringen Ausnahmen nur Wöchnerinnen befällt; Todesfälle waren überaus häufig. Symptome: 1—4 Tage post partum hohes Fieber mit porfusen Schweißen, nach spätetens 24 Stunden (meist an Brust, Bauch, Oberschenkeln, Stellen der Hautfalten beginnend) Rotfärbung der Haut mit zahlreichen, zuerst bloß tastbaren Bläschen. Das Exanthem unterscheidet sich von den Sudamina bei puerperaler Sepsis anfangs durch Rötung der Haut und Tasteindruck, später durch starke Pigmentierung und eigentümlichen Geruch der meist sehr dunkel gefärbten Haut. Auch liegen die Sudamina selten so regelmäßig an Hals und Brust. Nach wenigen Tagen Entfieberung und Genesung oder nach mehrtägiger Remission Beklemmungsgefühle und ziemlich plötzlicher Tod nach etwa achttägiger Krankheitsdauer (toxische Myocarditis; ziemlich langsamer gespannter Puls und dem ersten Ton anhängendes Geräusch konstant vorhanden). Epidemiologie: das Virus ist unbekannt und haftet am Orte, am Hause, vielleicht auch an einzelnen (!) Personen, ohne aber von einem befallenen Ort durch den allgemeinen Verkehr schlechthin in den Nachbarort verschleppt zu werden. — Verfasser bespricht auch andere Miliaria-Epidemien unter Berücksichtigung der Literatur. Dr. Hösch-Pasing.

Puerperalfieber durch einen Bacillus aus der Gruppe „Hämorrhagische Septikämie“ (Pasteurella). Von Dr. E Brugnatelli-Pavia. Zentralblatt für Bakteriologie, 1913, I. Abt., Orig., Bd. 70, H. 7.

Der Verfasser untersuchte das Blut einer Wöchnerin, die nach einer schwierigen Zwillingsgeburt am 3. Tage mit hohem Fieber erkrankte und zwei Monate lang unter dem Bild einer schweren Sepsis darniederlag. An den Geschlechtsteilen war nichts krankhaftes zu finden; außer einem vorübergehendem Blasenausschlag traten keine örtlichen Krankheitszeichen auf.

Im Blut fand sich in Reinkultur ein Grampositives, bipolar gefärbtes, bewegliches, plumpes Stäbchen. Bei der serologischen Prüfung zeigte es bemerkenswerte Aehnlichkeiten mit den Erregern der Hühner-, Kanarienvogel- und Fasanenseuche, so daß er der Gruppe der Erreger der hämorrhagischen Septikämie einzureihen wäre. Dr. Hutt-Breslau.

B. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Säuglingsfürsorge.

Säuglinge und Kindersterblichkeit in England. Bericht des Dr. Newsholme, Medizinalreferenten des Local Government Board. Referiert in The journal of state medicine XXI.; 1913, Nr. 10.

In den Jahren 1899 bis 1905 war die Säuglingssterblichkeit im Durchschnitt 144 auf 1000 der Bevölkerung, die Zahl sank von 1906 bis 1910 auf 115; so daß in 7 Jahren 185772 Kinder mehr erhalten wurden. Eine weitere Abnahme ist zu erhoffen durch die Mutterschaftsunterstützung des neuen Versicherungsgesetzes. Neben dem Alkoholgenuß der Eltern kommen als ursächlich für die Kindersterblichkeit besonders in Betracht die Armut und in ihrem Gefolge schlechte Lüftung, Unwissenheit, ungenügende Wartung. Die Städte haben eine höhere Ziffer als das flache Land. Die Grafschaften mit der stark ausgesprochenen Industrie haben die höchsten Zahlen. Die gewerbliche Tätigkeit der verheirateten Frau bedingt eine Vernachlässigung der Häuslichkeit und eine ungenügende Wartung der jüngeren Kinder.

Dr. Mayer-Simmern.

2. Schulhygiene.

Ueber die Ausatemluft. Von Gerhard Stroede-Berlin. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1913, Nr. 11.

Verfasser weist auf die Bedeutung des bekannten Pettenkoferschen Grenzwerts von 1 ‰ Kohlensäure hin, der noch heute seine praktische Bedeutung nicht verloren hat, um dann die neueren Untersuchungen Weichardts von den Kenotoxinen und dem Antikenotoxin zu besprechen und die neuesten Methoden zur Feststellung der Ermüdungsstoffe in der Ausatmungsluft anzugeben. Durch sinnreiche Apparate, die Weichardt selbst angegeben hat, ist es gelungen, aus der Ausatmungsluft organische Bestandteile zu gewinnen, die im Tierversuch und durch chemische Reaktionen in vitro als Lähmungsstoffe zu erkennen waren. Besonders bemerkenswert ist an diesen Ergebnissen die Feststellung, daß mit dem Vorhandensein von Ermüdungsstoffen im Körper eine Verlangsamung der Atmung und Verminderung der Kohlensäureausscheidung eintritt. Eine solche Verminderung des Stoffwechsels spricht aber sehr für die Notwendigkeit eines ergiebigen Luftwechsels.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Versuch einer Biologie der Schulanfänger. Von Stadtschularzt Dr. Thiele-Chemnitz. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1913, Heft 12.

Die notwendige Zusammenstellung aller gesundheitlichen Tatsachen und Erlebnisse des kindlichen Körpers bis zur Schulreife und die Aufnahme des gegenwärtigen Zustandes bei der Schulaufnahme ergeben zusammen in sinnvoller Verknüpfung eine Grundlage für die Beurteilung des Körperzustandes der Schulanfänger, so wie, medizinisch gesprochen, aus der Verknüpfung von Anamnese und Status praesens die Diagnose entsteht. Darum ist neben dem Gesundheitsschein, der die Ergebnisse der schulärztlichen Erstuntersuchungen über „Ernährungszustand, allgemeine Erkrankungen, Knochengerüst, Gelenke, Muskeln, Haut, Mund, Nase, Rachen, Hals, Brust, Bauch, Augen, Ohr, Gehirn, Nerven" enthält, von großer Wichtigkeit der Elternfragebogen, der vor der Einschulung des Kindes von den Eltern ausgefüllt wird, und der sich bezieht auf 1. allgemeine Familienverhältnisse, 2. Erblichkeitsverhältnisse, 3. Aufzuchtsverhältnisse, 4. Krankheiten im vorschulpflichtigen Alter. Aus der Gesamtzahl von 5538 Schulanfängerkandidaten der Stadt Chemnitz versucht Verfasser nun, eine Biologie des Schulanfängers zu geben, und kommt zum Schluß zu der Tatsache, daß schon „in den sechs oder

sieben Lebensjahren, die die Schulanfänger hinter sich haben, wesentliche Einflüsse bestimmter Verhältnisse oder Krankheiten nachzuweisen sind," daß also eine gründliche Durchforschung des Lebens der Schulanfänger nötig und nützlich ist für die Beurteilung der körperlichen und geistigen Erziehungsfähigkeit des Schülers. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Reifeprüfung und Nervosität. Von Dr. Kraßmöller und K. Tuchalsky Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1913, Nr. 12.

Verfasser treten nicht für Abschaffung des Examens ein. Sie geben die Schuld für die fraglos vorhandene Nervosität der Examinanden und der anderen Beteiligten der wochenlang andauernden Ungewißheit zwischen dem schriftlichen und mündlichen Examen, die an die Spannkraft der Nerven ungewöhnlich hohe Anforderungen stellt. Ihr Reformvorschlag geht dahin, dem Prüfungskommissar nur die zweifelhaften schriftlichen Arbeiten vorzulegen, alle anderen aber, die von der Prüfungskommission als sicher bezeichnet werden, unmittelbar nach der Korrektur dem Resultat nach den Examinanden zu verkünden.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Ein amtlicher Schulpsychologe. Von Prof. Moldenhauer-Köln Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1913, Nr. 12.

In der Grafschaft London ist ein hauptamtlicher Psychologe von der Schulbehörde angestellt worden, um als Sachverständiger alle die Kinder auf ihren geistigen Zustand zu beobachten und zu untersuchen, die über oder unter dem Durchschnittsmaß stehen. Er wird dem Lehrer als stets bereite Hilfskraft zur Seite gestellt. Verfasser fürchtet mit Recht große Schwierigkeiten für den Schulpsychologen: Wo soll er z. B. seine Beobachtungen anstellen, und wie mit einer großen Zahl von Schulen fertig werden? Die minderwertigen Kinder werden sich leicht mit Hilfe des Lehrers herausfinden lassen; viel schwerer wird dies mit den besonders zu bewertenden Schülern sein, denn häufig genug erweisen sich die in den unteren Klassen hervorragenden Schüler als Blender, anderseits entwickeln sich hervorragende Schüler oft erst in den oberen Klassen. Um diesen besonders beanlagten Schülern zu besserer Entwicklung zu verhelfen, dienen am meisten die Wahlfreiheit von Unterrichtsfächern, eine größere Lehrerfreiheit und die Befreiung der höheren Schulen von ungeeigneten Elementen durch gründliche Reform der Berechtigung zum Einjährig-Freiwilligen-Dienst, die nur mit dem Reifezeugnis der höheren und Mittelschulen verlangt werden sollte. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Schulhygienische Eindrücke aus Amerika. Von Dr. Borchardt-Charlottenburg. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin 1913, Nr. 23.

Die amerikanischen Schulen dienen nicht nur der Erziehung der Kinder, sondern sie sollen auch die Einwanderer amerikanisieren. Jeden Morgen wird in der Aula das Sternenbanner entfaltet und der erste Vers der Nationalhymne gesungen.

Die Schulen sind Hallenschulen, in denen ein zwangloses Kommen und Gehen von Eltern und Schulkindern stattfindet. Die Schulgebäude sind meistens sechs Stockwerke hoch, natürlich ist Fahrstuhl vorhanden. Unter dem Schulhofe ist die Aula, deren Decke mit Drahtglasfenstern versehen ist. Die Treppen sind schmal, an der Seite mit Drahtglas versehen. Entleerung der Schule von 2000 Kindern, darunter auch blinden, auf Alarm in 2½ Minuten ganz geräuschlos. Entlüftung nicht durch Oeffnen der Fenster, sondern durch Druck und Zug. Ueberall Waschgelegenheiten und Schwimmbäder.

Die hygienische Beaufsichtigung erfolgt durch Schulärzte, die jeden Tag zwei bis drei Stunden in der Schule sich aufhalten und täglich Bericht an das Gesundheitsamt senden. Jedes Kind wird im Jahre zwei- bis dreimal gesehen unter Beihilfe der Schulschwester, die auf Anweisung des Arztes leichte Erkrankungen behandelt und auch Ungeziefer entfernt. Vom Gesundheitsamt erhält der Anstaltsleiter jeden Morgen ein Verzeichnis der Häuser, in denen Infektionskrankheiten festgestellt sind. Die betreffende Wohnung wird mit einem Plakat versehen, und das unbefugte Verlassen oder Betreten der Wohnung

mit Gefängnis bestraft. Die Kinder aus solchen Häusern werden zur Untersuchung vorgeführt und bei Verdacht nach Hause gesandt. Nach Diphtherie wird mehrmals die Untersuchung auf Bazillenfreiheit angestellt. Auf Sauberkeit wird sehr gesehen. Die Mädchen haben fast alle weiße Kleidung.

Besonderes Gewicht wird auf Verhütung der Tuberkulose gelegt. Gefährdete Kinder werden in Freiluftklassen unterrichtet, die entweder auf Veranden oder auf Fährbooten sich befinden. Blinde Kinder werden zusammen mit den normalsichtigen erzogen, d. h. sie haben zwei Stunden gemeinsamen Unterricht und zwei Stunden Blindenunterricht. Aehnlich wird mit den Krüppelkindern verfahren. Der Werkunterricht wird besonders berücksichtigt.

Lehrer durchstreifen die Stadt, um festzustellen, ob Kinder, die die Schule geschwänzt haben, sich auf der Straße umhertreiben, oder ob solche des Nachts auf der Straße sich befinden. Haben sie keine genügende Entschuldigung, so werden sie von einem Schutzmann zum Jugendrichter geführt. Bei zweimaliger Verwarnung kann den Eltern das Erziehungsrecht entzogen werden. Die Kinder kommen dann in besondere Schulen. Tun sie hier nicht gut, kommen sie in sogenannte Heime, aber nirgends darf geprügelt werden.

Kinder, die gewerblicher Beschäftigung nachgehen wollen, müssen eine Gesundheitsbescheinigung beibringen. Die Mädchen im Alter von 13—14 Jahren werden in der Säuglingspflege unterrichtet. Wo die Schulschwester ungenügende häusliche Verpflegung festgestellt hat, findet Schulspeisung statt.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Ueber die ärztliche Aufklärung der schulentlassenen männlichen Jugend. Von Dr. med. W. Hammer-Berlin. Fortschritte der Medizin; 1913, Nr. 51.

Verfasser, der vielfach zu „aufklärenden" Vorträgen für schulentlassene Jünglinge herangezogen wurde, bespricht die Lehren, die er aus diesen Veranstaltungen gezogen hat. In solchen Vorträgen soll nach seiner Ansicht zunächst einmal vor den drohenden Klippen des Geschlechtslebens gewarnt werden, und zwar sollen diese Warnungen folgende Hauptpunkte umfassen: 1. Die Gefahren einer mißglückenden Ehe, 2. die Gefahren der wilden Vermischung (Geschlechtsleiden), 3. die Gefahren des Verhältniswesens (Begehung gemeinschaftlicher Verbrechen, z. B. Abtreibung und nachfolgende Eheerpressung des Mädchens; Verleitung zu hohen Geldausgaben), 4. die Gefahren der Geheimlaster und Triebverirrungen. Dann soll in den Vorträgen aber auch auf die Vorbeugungs- und Heilmittel hingewiesen werden. Als solche nennt Verfasser u. a. Stählung des Willens durch einfache, harte Erziehung, Erzielung körperlicher Leistungsfähigkeit, Ablenkung durch gute Spiele.

Da nach Ansicht des Verfassers ein großer Teil der Zuhörer solcher Aufklärungsvorträge durch geschlechtliche Ausschweifungen oder ansteckende Geschlechtsleiden bereits geschädigt ist, hält er es für unbedingt erforderlich, auch auf die zahlreichen Mittel zur Heilung und Linderung geschlechtlicher Gebrechen hinzuweisen.

Dr. Vasen-Bonn a. Rh.

---

3. Fürsorgeerziehung.

Die ärztliche Mitwirkung beim Jugendgericht. Von Amtsgerichtsrat Dr. Köhne. Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik am 30. Oktober 1913. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1913, Nr. 25.

Bei der Behandlung verwahrloster, mißhandelter und anomaler Jugend müssen Richter, Verwaltungsbeamte, Aerzte und Pädagogen zusammenwirken. Junge Leute über 18 Jahre werden behandelt wie Erwachsene. Bei Jugendlichen von 12 bis 18 Jahren muß geprüft werden, ob sie die erforderliche Einsicht besitzen; es können aber mildere Strafen gegen sie in Anwendung gebracht werden, sogar eine Strafe, die es für Erwachsene nicht gibt, nämlich Verweis. Jugendliche können niemals vor das Schwurgericht kommen. Der Gesetzesparagraph, der die nötige Erkenntnis der Strafbarkeit verlangt, spricht nur von der Intelligenz, läßt aber die Willenskraft völlig außer Betracht. Deshalb wurden auch im Deutschen Reich nur etwa 3—4 % Jugendliche freigesprochen;

jetzt bei dem neueren Verfahren in Berlin immerhin nur 7—8 %. Die Kriminalistik der Jugendlichen hat in Deutschland fast erschreckend zugenommen. Infolgedessen ist man dem amerikanischen Beispiel gefolgt und verlangt zunächst, daß unter keinen Umständen ein Strafverfahren zur Gefährdung und Verschlechterung des Jugendlichen beitragen darf. Man soll ihn betrachten und untersuchen bis in die letzten Phasen seines Innersten. Das geht natürlich nicht, wenn man ihn mit Ewachsenen zusammen aburteilt; es muß außerdem die Aburteilung durch spezielle Richter erfolgen. Die Vorermittelungen sollen nicht nur durch die Polizei, sondern besonders durch geeignete Organe, durch Jugendfürsorge usw. ausgeführt werden. Weiter muß das Milieu berücksichtigt werden, in dem der jugendliche Verbrecher aufgewachsen ist, die Eltern, die Geschwister, Wohn- und Schlafverhältnisse usw. Es gibt genug Jugendliche, die nicht normal sind, ohne geisteskrank zu sein; deshalb muß ärztliche Mitwirkung bei ihrer Bdurteilung mit einsetzen.

K. schildert dann das Verfahren, wie es in München und Frankfurt a. M. geübt wird, und führt ein Zitat des Professers Vogt an, wonach die Tätigkeit des Gutachters vor dem Jugendgericht weiter gefaßt werden müsse, wie dies bei den übrigen Gerichten der Fall ist. Hier soll auch sachverständiger ärztlicher Rat gehört werden bei der Beurteilung der vielfach sehr verwickelten psychologischen Voraussetzungen der Straftat im kindlichen und jugendlichen Alter. Erstattung des Gutachtens in Gegenwart des jugendlichen Angeklagten ist aus erzieherischen Gründen tunlichst zu vermeiden.

Die eingereichten Petitionen für das neue Strafgesetzbuch verlangen:

1. Vor dem Hauptverfahren sind die jugendlichen Angelkagten von einem ärztlichen Sachverständigen zu untersuchen.
2. Zur Beratung über die künftige Lebensgestaltung des jugendlichen Angeklagten ist der ärztliche Sachverständige hinzuzuziehen.
3. Die Kosten sind als Gerichtskosten zu behandeln.

Daß alle diese Wünsche zur Erfüllung kommen, ist nach Ansicht von K. zwar ausgeschlossen, aber der Entwurf des neuen Strafgesetzbuches berücksichtigt schon die Jugendlichen insoweit, als er sagt: „Vor ihren Entschließungen haben die Staatsanwalte . . . . . über die körperliche und geistige Eigenart des Jugendlichen, über seine bisherige Führung und über seine Lebensverhältnisse Ermittelungen anzustellen. Hierbei, sowie bei der Auswahl des Fürsorgers und des Beistandes sollen sie sich der Mitwirkung von Behörden und Vereinen bedienen, die der Jugendhilfe oder Jugendfürsorge gewidmet sind. Soweit es erforderlich erscheint, sind über den Geisteszustand des Jugendlichen Aerzte als Sachverständige zu vernehmen."

Dr. Hoffmann-Berlin.

---

4. Krankenanstalten.

Das Deutsche Hospital in Dar-es-Salam. Von Dr. Laurent Moreau. Revue d'Hygiène et de Police sanitaire; 1913, Bd. 35, Nr. 10

Beschreibung des in hygienischer Hinsicht „mustergültigen„ Gebäudes und der Aufgaben, welche das Krankenhaus erfüllen soll.

Bei der Besprechung der Maßnahmen, welche die Deutschen gegen die Malaria ergreifen, betont Verfasser die ausgedehnten Vorkehrungen auf dem Gebiete des mechanischen Mückenschutzes, während die medikamentöse Prophylaxe vernachlässigt wird. Selbst bei ihren Gelagen sichern sich die Deutschen, „welche in den Kolonien große Säufer sind und ihre Kneipereien bis tief in die Nacht fortsetzen" durch eine Art Käfig, der auf den Veranden aufgestellt wird, weil sie wegen der Hitze nicht in ihrem Speisesaal bleiben können (!!!).

Dr. Dohrn-Hannover.

Besprechungen.

Dr. Rud. Abel, Geh. Ob.-Med.-Rat und vortragender Rat im Ministerium des Innern, Berlin: **Handbuch der praktischen Hygiene.** Zwei Bände, mit 313, z. T. farbigen Abbildungen. Jena 1913. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°, 1266 Seiten. Preis: 24 Mark.

Ein großartig angelegtes Werk, bei dem sich der Verfasser unter Mitarbeit von zahlreichen hervorragenden Fachmännern mit bestem Erfolg bemüht hat,

den gewaltigen Stoff der gesamten Hygiene in einem Handbuch zusammenzufassen, das nicht nur beamteten und nichtbeamteten Aerzten, sondern auch Gesundheitstechnikern, Verwaltungsbeamten, Politikern, Nationalökonomen usw. zum praktischen Gebrauch und als zuverlässiger Ratgeber dienen soll. Mit Recht ist daher die praktische Seite der Hygiene in den Vordergrund gestellt, das praktisch Geleistete und noch zu Leistende besonders betont; überall haben aber auch die Forschungs-Ergebnisse und die sich daraus ergebenden Forderungen der wissenschaftlichen Hygiene volle Berücksichtigung gefunden. Dasselbe gilt von den zur Durchführung dieser Forderungen in den einzelnen Kulturstaaten auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege getroffenen Anordnungen und Einrichtungen.

Das Werk ist in zwei Büchern eingeteilt, von denen das erste außer einer kurzen Einleitung über Begriff, Bedeutung und Entwicklung der praktischen Hygiene (Herausgeber) und einer Abhandlung über Gesundheitsstatistik (San.-Rat Dr. Prinzing-Ulm) die Hygiene der allgemeinen Lebensverhältnisse in vier großen Abschnitten behandelt: I. Hygiene der Wohnstätten (1. Hygiene der Ortschaften [Prof. Dr. H. Nussbaum-Hannover], 2. Hygiene des Wohnhauses [Physikus Dr. Versmann u. Dr. Fürst-Hamburg], 3. Hygiene der Wasserversorgung [Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Salomon-Charlottenburg], 4. Beseitigung der Abfallstoffe [Prof. Dr. Brix-Charlottenburg], 5. Leichenwesen [Herausgeber]), II. Hygiene der Ernährung und der Nahrungsmittel (Herausgeber), III. Hygiene der Kleidung und Körperpflege (1. Kleidung [Dr. W. Gehrke-Stettin], 2. Körperpflege [Baurat A. Herzberg-Berlin], 3. Leibesübungen [Prof. Dr. F. A. Schmidt-Bonn]) und IV. Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten (1. Grundzüge der Lehre von der Infektion und Immunität [Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Löffler-Berlin], 2. Allgemeine Gesichtspunkte für die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten [Min.-Direktor Prof. Dr. Kirchner], 3. Bekämpfung der einzelnen übertragbaren Krankheiten [Herausgeber und Geh. Med.-Rat Dr. Flatten-Berlin]).

Das zweite Buch: Die Hygiene besonderer Lebensverhältnisse bringt in 7 großen Abschnitten I. die Hygiene im jugendlichen Alter (1. des Säuglingsalters [Physikus Dr. Sieveking-Hamburg], 2. des Kleinkinderalters [Herausgeber], 3. Schulhygiene [Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Leubuscher-Meiningen], 4. Hygiene der schulentlassenen Jugend [Prof. Dr. Kaup-München]), II. Hygiene der Gewerbebetriebe und gewerbl. Arbeiter (Reg. und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Roth-Potsdam), III. Hygiene der Kranken und Siechen (Geh. Ober-Med.-Rat Dr. E. Dietrich-Berlin), IV. Hygiene der Militärpersonen (Oberstabsarzt Dr. O. Vagedes-Berlin), V. Hygiene der Gefangenen (Prof. Dr. Ziemke-Kiel), VI. Hygiene des Verkehrswesens (1. der Eisenbahn [Geh. Med.-Rat Dr. Tracinski-Zabrze], 2. der Schiffe und Häfen [Physikus und Hafenarzt Dr. Sannemann-Hamburg]), VII. Hygiene in den Tropen (Prof. Dr. Schilling-Berlin).

Diese kurze Uebersicht des Inhalts zeigt am besten, daß bei der Auswahl und Einteilung des Stoffes besonders dem praktischen Bedürfnisse im vollen Umfange Rechnung getragen ist; nicht minder ist dies aber bei der Bearbeitung der einzelnen Abhandlungen geschehen, die sich sämtlich nicht nur durch Klarheit der Darstellung auszeichnen, sondern auch große Sachkenntnis der Verfasser und vollständige Beherrschung der von ihnen behandelnden Gegenstände bekunden. Unter Beiseitelassung von allem Unwichtigen und wissenschaftlichen Streitfragen, sowie unter kritischer Sichtung des bisher Geleisteten werden auf jedem Gebiete zunächst die damit verbundenen gesundheitlichen Gefahren und die hygienischen Forderungen zu deren Beseitigung besprochen und dann die Maßnahmen und Mittel zur Durchführung dieser Forderungen behufs Herbeiführung gesundheitlicher Verhältnisse sachgemäß und eingehend unter Anführung bewährter Anordnungen, Einrichtungen und gesetzlichen Maßnahmen erörtert. In nicht weniger als 313 Abbildungen werden besonders lehrreiche Einrichtungen im Bilde wiedergegeben, wodurch der Wert des auch sonst vorzüglich ausgestatteten und trotzdem auffallend billigen Handbuches für den praktischen Gebrauch noch wesentlich erhöht wird. Möge es in den beteiligten Kreisen die weiteste Verbreitung und recht viele Freunde finden! Rpd.

Prof. Dr. Th. Weyl-Berlin: **Handbuch der Hygiene.** II. Auflage. Acht Bände. Leipzig 1912 und 1913. Verlag von Joh. Ambr. Barth. Gr. 8°. Bisher erschienen Lieferung 1—11.

Das bei seinem ersten Erscheinen in dieser Zeitschrift wiederholt eingehend besprochene und warm empfohlene, rühmlichst bekannte Handbuch der Hygiene von Weyl erscheint jetzt in zweiter durchaus umbearbeiteter Auflage und soll wiederum das gesamte Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege umfassen. Als Mitarbeiter sind ebenso wie früher hervorragende Spezialisten gewonnen, und zwar sowohl Aerzte, wie Ingenieure, Chemiker, Juristen, Nationalökonomen und Verwaltungsbeamte.

Vollständig vor liegt bis jetzt der III. und VI. Band. Der dritte Band (Lief. 1, 3, 10 und 11): Nahrungsmittel und Ernährung hat eine vortreffliche Bearbeitung durch Prof. Franz Eulenburg-Leipzig (Bedeutung der Lebensmittelpreise für die Ernährung, Geh. Rat Prof. Dr. A. Stutzer-Königsberg i. Pr. (Nahrungsmittel), Prof. Dr. W. Schumburg-Straßburg i. Els. (Ernährung), Prof. Dr. Th. Weyl-Berlin (Gebrauchsgegenstände) und Dr. A. Delbrück-Ellen bei Bremen (Alkoholismus) gefunden; er umfaßt 591 Seiten und hat 54 Abbildungen im Text. Preis: 27,50 M. (Subskription: 22 Mark).

Von dem sechsten Band (Schulhygiene und Kinderschutz) stellt die I. Abt. (Lief. 3, 584 Seiten mit 194 Abbildungen, Preis: 25 (20) M.) gleichzeitig die dritte Ausgabe des Handbuchs der Schulhygiene von Reg.-Rat Dr. Leo Burgerstein-Wien und Hofrat Dr. Aug. Netolitizky in Rockitritz (Böhmen) dar; ein hervorragendes Werk, das geradezu als klassisch bezeichnet werden kann. Auch die II. Abteilung dieses Bandes: Oeffentlicher Kinderschutz (Lief. 8, 265 Seiten mit 27 Abbildungen; Preis: 12,60 M. (9,60 M.), dessen hygienischen Teil Dr. W. Bick-Kiel und Dr. T. Tugendreich-Berlin bearbeitet haben, während der juristische Teil vom Amtsrichter F. Rolffs in Charlottenburg verfaßt ist, zeichnet sich durch übersichtliche und klare Darstellung des umfangreichen Materials aus. Dasselbe gilt von den übrigen bisher erschienenen Lieferungen: Lief. 5 und 6 (Abt. 1 und 2, 285 Seiten mit 74 Abbildungen, Preis: 12,75 M. (10,20 M.), die einen Teil des zweiten Bandes: Städtereinigung bilden und ein Ueberblick über die hygienische Entwicklung bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts von Prof. Dr. T. Weyl-Berlin, sowie die Abhandlungen über Verhütung von Rauch und Ruß in Städten von Kreisarzt Dr. L. Ascher-Hamm, über Art und Masse der städtischen Abfallstoffe von Prof. Dr. Th. Weyl-Berlin, über Leichenwesen von Prof. Dr. Kratter-Graz und Abdeckereiwesen von J. Goltz, Direktor des Schlacht- und Viehhofs in Berlin enthalten. Sonst sind bisher zur Ausgabe gelangt: Vom vierten Band: Bau- und Wohnungshygiene; die Abt. I: Wohnung und Gesundheit von Prof. Dr. Hueppe-Dresden, (7. Lief., 89 S. mit 7 Abbildungen. Preis: 4,00 M. (3,20 M.), vom fünften Band: Krankenhäuser ebenfalls Abt. 1: Errichtung, Verwaltung und Betrieb der Krankenhäuser von Franz Dresener, Verwaltungsdirektor des städtischen Krankenhauses am Urban in Berlin (Lief. 4; 195 S. mit 22 Abbildungen; Preis: 10,00 [8,75] M.) und vom siebenten Band: Gewerbehygiene Abt. 1 des besonderen Teils (Lief. 9: 273 S. mit 72 Abbildungen; Preis: 12,00 [9,60] M.), in dem die Hygiene der Bergarbeiter von Oberbergrat H. Herold-Freiberg i. S. und Geh. San.-Rat Dr. Lindemann-Bochum, sowie die Hygiene der Arbeit in komprimierter Luft von Dr. Ph. Silberstein-Wien eine sachgemäße und erschöpfende Bearbeitung gefunden haben.

Bei allen Abhandlungen sind von den Verfassern die hygienischen Leistungen und Fortschritte der Gegenwart, auch die in den außerdeutschen großen Kulturstaaten, und die sich daraus für die hygienische Praxis ergebenden Maßnahmen im weitgehenden Maße berücksichtigt, so daß die II. Auflage des Werkes den beteiligten Kreisen nur aufs wärmste empfohlen werden kann.

An Stelle des leider während des Erscheinens der II. Auflage verstorbenen Herausgebers ist Geh. Med.-Rat Prof. Dr. C. Fränken-Halle a. S. getreten, dessen Name die Sicherheit gibt, daß der für die neue Auflage festgelegte Plan in vorzüglicher Weise durchgeführt wird. Rpd.

Dr. A. Grotjan - Berlin und **Dr. J. Kaup** - Charlottenburg (jetzt München): **Handwörterbuch der sozialen Hygiene.** Zwei Bände. Mit etwa 400 teils mehrfarbigen Abbildungen, Uebersichtskarten und Tafeln. Leipzig 1912. Verlag von F. C. W. Vogel. Lex.-Form.; 1650 S. Preis: 90 M.; gebunden 97,50 M.

Das ganze Gebiet der „Sozialen Medizin" in Form eines Handwörterbuches zusammenzufassen, ist eine außerordentlich schwierige Aufgabe, nicht allein wegen der Massenhaftigkeit und der Vielgestaltigkeit des Stoffes, sondern auch wegen der Schwierigkeit seiner Abgrenzung von den ihm verwandten Gebieten, insbesondere von dem der öffentlichen Gesundheitspflege. Dammer hat im Jahre 1891 einen ähnlichen Versuch durch Ausgabe eines solchen Handwörterbuches für öffentliche Gesundheitspflege gemacht, dabei aber den großen Fehler begangen, daß er viel zu viel Stichworte gewählt und hierdurch das Gebiet zu sehr zersplittert hatte.• Dieser Fehler ist in dem vorliegenden Werke im allgemeinen vermieden; es ist das zweifellos ein Vorzug, namentlich wenn die Stichworte, wie hier, gut und sachkundig ausgewählt sind. Einen weiteren Vorzug erblickt Referent darin, daß trotz der großen Zahl der Mitarbeiter (60) doch insofern eine gewisse Einheitlichkeit bei der Bearbeitung des Stoffes gewährt ist, als die mehr oder weniger zusammenhängenden Gebiete von ein und demselben Verfasser bearbeitet sind, z. B. allgemeine Epidemiologie und die der einzelnen übertragbaren Krankheiten von San.-Rat Dr. Gottstein-Charlottenburg, alle Abhandlungen statistischer Natur von Dr. Prinzing in Ulm usw. Im übrigen haben die Verfasser jedoch der Subjektivität ihrer Mitarbeiter, unter denen sich neben bekannten Aerzten und Hygienikern auch Statistiker und Volkswirte befinden, großen Spielraum gewährt und dadurch auch Vertreter entgegengesetzter Anschauungen Gelegenheit zu deren Ausdruck gegeben; ein Verfahren, das bei einem Handwörterbuch keine Bedenken hat. Daß bei einem solchen der Gegenstand eines Stichwortes eine ausführlichere Besprechung gefunden hat, als der des anderen, läßt sich nicht völlig vermeiden; die Hauptsache ist nur, daß die gegebene Darstellungklar und kurzgefaßt, dabei aber doch möglichst erschöpfend ist, eine Aufgabe, die alle Mitarbeiter des vorliegenden Werkes, vortrefflich gelöst haben. Auf die einzelnen Abhandlungen hier näher einzugehen, würde zu weit führen; wir wollen auch nicht mit den Verfassern rechten, ob alles das, was in dem Handwörterbuch bearbeitet ist, wirklich unter den Begriff „Soziale Hygiene" fällt; denn dazu ist dieser Begriff noch viel zu sehr umstritten. Für die Leser dieser Zeitschrift kann es außerdem nur angenehm sein, wenn das Handwörterbuch nicht nur ein solches für soziale Hygiene darstellt, sondern im großen und ganzen auch das ihnen näher liegende Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege mit umfaßt. Sie erhalten in ihm ein Nachschlagebuch, mit dem sie sich nicht bloß über alle wichtigen Fragen der hygienischen Praxis, der sozialen Medizin und Statistik, sondern auch über solche der Volks- und Sozialwissenschaft unterrichten können.

Die Ausstattung des Handwörterbuches ist, namentlich auch hinsichtlich der überaus zahlreichen beigefügten Abbildungen, eine vorzügliche; sein Preis demzufolge ein verhältnismäßig hoher. Hoffentlich wird dadurch sein Absatz nicht nachteilig beeinflußt; es wäre dies mit Rücksicht auf die großen Vorzüge des Werkes für den praktischen Gebrauch nur lebhaft zu bedauern.

Rpd.

Dr. Paul Jaffé: Die eheliche Fruchtbarkeit in Baden. Karlsruhe 1913. Verlag von G. Braun. Preis: 1,80 M.

Der Schwarzwald hat die höhere Geburtenziffer, die Rheinebene die geringere. Die zeitliche Entwicklung ist die bekannte: Anfang nach dem deutsch-französischen Krieg, dann anfänglich langsames und in letzterer Zeit sehr starkes Abfallen. Verfasser untersucht nun systematisch die einzelnen Faktoren, die auf die Fruchtbarkeit einwirken; wir möchten davon nur einzelhervorheben: Die gläubigen Katholiken haben größere Kinderzahl auch gegenüber den gleichen Standesangehörigen des protestantischen Glaubens. — Die Landwirtschaft hat größere Kinderzahl. — Die fluktuierende Industriebevölkerung ist ehelich sehr wenig fruchtbar. Für Baden typisch ist der Fabrikarbeiter mit landwirtschaftlicher Zweigwirtschaft; dieser Fabrikarbeiter steht in der

Fruchtbarkeit weit über den rein industriellen Arbeiter. — Das weite Wohnen ist eine Hauptvorbedindung größerer Familien. Der „feige“ Ausweg aus der wirtschaftlichen Enge durch Beschränkung der Kinderzahl wird den Staat gefährden. Dr. Graßl-Kempten.

Dr. Auguste Lange: Die unehelichen Geburten in Baden. Karlsruhe. 1912. Verlag von G. Braun. Preis: 3,90 M.

In sehr klarer Weise gibt die Verfasserin den Zusammenhang der unehelichen Geburten mit den wirtschaftlichen Verhältnissen; sie übertreibt aber jedenfalls, wenn sie schreibt: „Der Rückgang der Geburtenziffer, der ehelichen wie der unehelichen, stellt sich als einschneidenste Umwälzung, als letzte Konsequenz der kapitalistischen Wirtschaftsordnung dar.“ Sie versagt geradezu, wenn sie sich auf biologisches Gebiet begibt oder spekulativ sich äußert. So behauptet sie, daß in Frankreich egoistische Gründe, in Deutschland ethisch achtbare Gründe zur Einschränkung der Kinderzahl führten, und glaubt, daß durch die Motive die Gefahr des Neomalthusianismus aufgehoben wird. Sie weiß nicht, daß in der Natur die Motiven völlig gleichgültig sind und nur die Tatsachen wirken. Ihr Ausflug in die Ethik der Zukunft, daß alles, was wirtschaftlich nützlich ist, auch als sittlich betrachtet werden wird, möge uns noch lange nicht in Erfüllung gehen. Dr. Graßl-Kempten.

Dr. Hans Köppe: Säuglingsstatistik und Geburtenziffer. Wien und Leipzig 1913. Verlag von Alfred Hoelder. Preis: 2 Mark.

Verfasser kommt dazu, einen Zusammenhang zwischen Säuglingssterblichkeit und Geburtenziffer anzuerkennen und bringt gute Beweise ein; strenger Parallelismus wird allerdings niemals zu erwarten sein. Köppe stützt sich in der Hauptsache auf die ältere Statistik; die neueren Arbeiten scheinen ihm entgangen zu sein. Er tritt für eine große Familie ein und weist die Behauptung, daß durch hohe Geburtenzahl die anthropologischen Eigenschaften der Mütter so geschwächt werden, daß dadurch Minderwertigkeit der Kinder eintritt, treffend zurück. Das Einkind, auf das die deutsche Nation zueilt, hält er für eine krankhafte Erscheinung. Er verlangt 4 Kinder in der Ehe. Die Erstgeborenen sind besonders gefährdet. Referent hat in seinen Arbeiten wiederholt darauf hingewiesen, daß die Gefahren der Zwergfamilien für das Volk erst dann in aller Schärfe auftreten werden, wenn Vater und Mutter der kleinsten Geburtenzahl-Familie angehören. Dieser Gefahr sind die Großstädte nahe. Köppe gibt die Statistiken für die Geburtenreihe. In Hessen waren 1876—1878 16,4 % aller Geburten Erstgeborene; 1907—1909 dagegen 21,2 %. — Die Juden Hessens hatten 1876—78 20,7 % Erstgeburten; 1907—10 dagegen 35,5 %. — In Berlin waren 1896 26,83 % Erstgeburten; 1906 dagegen 33 %. Die Hälfte aller Geburten in Berlin sind Erst- und Zweitgeburten. Die Abnahme der Kindersterblichkeit ist nach Köppe das Primäre; sie verursacht die Abnahme der Geburten.

Gegen den Neomalthusianismus zieht er stark zu Felde. Er fürchtete, daß bei fortschreitender Geburtenabnahme wieder eine Steigerung der Sterblichkeit eintritt. Die Hauptursache des Geburtenrückganges ist das Weib; ein steter Kampf zwischen fruchtbarem und unfruchtbarem herrscht im Leben und in der Gesellschaft. „Das letzte Mittel, die Geburtenbeschränkung zu bekämpfen, ist eine erhöhte Fürsorge für Säuglinge und Mütter und zwar eine moralische: durch Hebung des Ansehens kinderreicher Mütter, Anerkennung, Achtung kinderreicher Mütter im öffentlichen und privaten Leben, und eine materielle: Schutz kinderreicher Familien vor Not und vor dem Hinabsinken ins Proletariat.“

Dr. Graßl-Kempten.

Prof. Dr. A. Dieudonné, Ministerialrat in München: **Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie.** 8. Auflage. Leipzig 1913. Verlag von Joh. Ambrosius Barth. Gr. 8°. 248 S. Preis: geh. 6,80 Mark, geb. 7,80 Mark.

Die in 8. Auflage vorliegende zusammenfassende Uebersicht über die Immunitätslehre ist entsprechend den stetigen Fortschritten auf diesem Gebiete ergänzt. Die Kapitel über natürliche Resistenz, erworbene Immunität, Schutzimpfung (aktive, passive und kombinierte Immunisierung), über Blutserum und Chemotherapie sind trotz der Schwierigkeit und des Ineinanderfließens des Stoffes scharf abgegrenzt und klar behandelt. Wer sich also über das, was er aus

dem Reiche der Immunitätswissenschaft täglich in praxi anwendet, Rechenschaft ablegen will, der kann keinen besseren Führer und Ratgeber finden als Dieudonné's Buch. Die Zusammenstellung der wichtigsten Immunitätsreaktionen und Fachausdrücke aus der Immunitätslehre wird der Praktiker besonders freudig begrüßen. Prof. Dr. Roepke-Melsungen.

Wolfgang Weichardt: Jahresberichte über die Ergebnisse der Immunitätsforschung. III. Band. Stuttgart 1912 und 1913. Verlag von Ferdinand Enke. Gr. 8°, Abt. I, 332 S. Preis: geh. 12 Mark. Abt. II, 584 S. Preis: geh. 22,40 Mark.

Der erste Teil des Jahresberichtes 1912 interessiert den Praktiker am meisten, weil er die „Ergebnisse" der Immunitätsforschung umfaßt. Zunächst werden die neuen diagnostischen Methoden genau nach den Originalvorschriften wiedergegeben (Weichardt). Es folgen Kapitel über den derzeitigen Stand der Chemotherapie (Schwenk), Antianaphylaxie (Besredka), serodiagnostische Reaktionen in der Veterinärmedizin (Frei), Komplement (Liefmann) und Komplementbindungsreaktion bei malignen Tumoren (v. Dungern), über Vakzinetherapie und Vakzinediagnostik (Reiter).

Die Abteilung II bringt auf 520 Seiten die „Referate" nach dem Alphabet der Autoren geordnet und ein sehr ausführliches Sachregister. Als unentbehrliches Nachschlagebuch fehlt der Jahresbericht heute wohl in keiner medizinischen Bibliothek. Prof. Dr. Roepke-Melsungen.

Axel v. Bonsdorff: Untersuchungen über die Arnethsche Methode der Bestimmung des neutrophilen Blutbildes und das neutrophile Blutbild bei Gesunden. Würzburg 1913. Verlag von K. Kabitzsch. Lex. 8°. 520 S. Preis: broschiert 7 Mark.

Die umfangreichen und sehr fleißigen Untersuchungen des Autors führen ihn dahin, daß die Verschiebung des neutrophilen Blutbildes eine neue und ungeahnte Gesetzmäßigkeit in der Natur darstellt. Seine Bestimmung ist auf reellem Grunde aufgebaut und sehr genau möglich. Wer sich mit der Arnethschen Idee beschäftigt, wird die Monographie, die als V. Supplementband der Brauerschen „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose" erschienen ist, eingehend studieren müssen. Prof. Dr. Roepke-Melsungen.

F. Lorentz und Prof. Dr. **Kemsies**-Berlin: **Hygienische Unterweisung und Jugendfürsorge an den Schulen.** Osterwieck (Harz) 1913. Verlag von Zickfeld. Preis: 2 Mark.

Diese Sammlung von Abhandlungen, die, im Auftrage der Vereinigung für Schulgesundheitspflege des Berliner Lehrervereins herausgegeben, dem in der Hygiene ferner stehenden Praktiker ein Wegweiser in der täglichen Berufsarbeit werden und ihn für dies Gebiet interessieren will. Nach einer Einleitung über den gegenwärtigen Stand der Schulhygiene wird eine Reihe aktueller Themata behandelt, die sich mit der hygienischen Jugendfürsorge befassen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Dr. Hüttemann, Stabsarzt in Straßburg: **Vorschriften über die Anforderungen an das Auge bei der Einstellung in verschiedene Berufe.** Stuttgart 1913. Verlag von F. Enke. Kl. 8°, 46 S. Preis: 1,60 Mark.

Dies Nachschlagebüchlein für Aerzte bringt die Vorschriften über die Anforderungen, die in bezug auf das Sehvermögen bei Einstellung in den Eisenbahndienst, in die Armee und Marine, betreffend Tropendienstfähigkeit, Untersuchung der Seeleute der Kauffahrteischiffahrt, Kraftwagenführer, Forst-, Post- und Landmesserdienst; es wird daher den beamteten wie nicht beamteten Aerzten willkommen sein. Dr. Wolf-Witzenhausen.

H. Zingerle-Graz: **Ueber transitorische Geistesstörungen und deren forensische Beurteilung.** Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Halle a. S. 1912. Verlag von Carl Marhold. Kl. 8°, 52 S. Preis: 1,70 M.

Als Regel ergibt sich, „niemals bei der Begutachtung sich ausschließlich auf die Art und Verübung des Deliktes zu beschränken und etwa auf Grund dessen eine Erkrankung auszuschließen". Alle eruierbaren Fakta müssen verwertet

werden. Aber trotz aller exakten Bemühungen bleiben unklare Fälle übrig. Ein Zweifel über die Zurechnungsfähigkeit ist erst ausgeschlossen, wenn das Fehlen der „bewußten Zielstrebigkeit“ und der „freien, d. h. unter dem ungehinderten Wettkampfe der Motive erfolgenden Wahlmöglichheit durch den Zustand des Bewußtseins“ nachgewiesen ist. Der Schwierigkeit des Problems wird Zingerles strenge Analyse in ausgezeichneter Weise gerecht.

Dr. Rühle-Halle-Nietleben.

Dr. Alfred Hauptmann: Die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Halle a. S. 1913. Verlag von Carl Marhold. Kl. 8°, 23 S. Preis: 1 M.

Hauptmann bespricht in seiner Arbeit die diagnostischen und differenzialdiagnostischen Möglichkeiten, die heute die Untersuchung des bei der Lumbalpunktion gewonnenen Liquor cerebrospinalis bietet. Daneben kommt auch die Druckmessung bei der Entnahme in Horizontallage in Betracht. Im ganzen kommen zur Verwertung hauptsächlich die Druckmessung, die Wassermannsche Reaktion unter Benutzung größerer Liquormengen, die Globulinausfällung, die Lymphozytose, die Untersuchung auf Cholestearin und event. noch Prüfung auf gewisse Ambozeptorenstoffe.

Dr. Rühle-Halle-Nietleben.

Dr. Rich. Traugott: Die nervöse Schlaflosigkeit und ihre Behandlung. Würzburg 1913. Verlag von Curt Kabitzsch. Kl. 8°; 116 S. Preis: 2 M.

Ziemlich eingehende Studie über Arten, objektive Zeichen, Ursachen, Verhütung und Behandlung der nervösen Schlaflosigkeit. Wenn irgend möglich arzneilose Behandlung; wo diese nicht angeht, sorgfältige Auswahl und Dosierung der in Betracht kommenden Mittel. Das Heftchen bietet dem Praktiker eine gute Orientierung. Dr. Rühle-Halle-Nietleben.

Ewald Stier: Wandertrieb und pathologisches Fortlaufen bei Kindern. Heft 1—3 des ersten Bandes der Sammlung zwangloser Abhandlungen zur Neuro- und Psychopathologie des Kindesalters. Jena 1913. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°, 135 S. Preis: 3,60 M.

Diese Abhandlungen haben den Zweck, wissenschaftliches Tatsachenmaterial über den angegebenen Gegenstand zusammenzutragen.

Die Kinder garantieren die Zukunft der Nation; es muß daher alles, was die kindliche Psyche, die normale und die pathologische, ergründen hilft, freudig aufgenommen werden. Stiers Arbeit behandelt das Eltern und Erzieher so oft in Bestürzung und Ratlosigkeit versetzende Phänomen des Fortlaufens der Kinder. Ueber 300 selbst beobachtete Fälle bilden der Grundlage der vorgetragenen Anschauungen. Sorgfältig werden die Grenzen zwischen physiologischem und pathologischem Fortlaufen zu ziehen versucht. Den Grund zu der Entscheidung, ob physiologisch, bietet hauptsächlich die Größe der Wertdifferenz zwischen den positiv und negativ betonten Eindrücken, die dem Kinde im Kreise der Familien geboten werden und denen, die es draußen, in der Freiheit, in der Fremde erwarten. Prozentual besteht ein auffallender Unterschied zwischen den Geschlechtern, entsprechend den überhaupt aktiveren Charakter der Knaben im Verhältnis zu den passiveren Mädchen. Das Verhältnis ist 7 : 2. In einem speziellen Teil werden die Beziehungen des pathologischen Fortlaufens zu psychischen Krankheitszuständen besprochen und zwar bei Psychosen, bei der Epilepsie, der Hysterie, dem Schwachsinn und bei psychopathischer Konstitution. Daran schließt sich ein Kapitel über Fortlaufen bei verwahrlosten Kindern ohne ausgeprägt pathologische Grundlage. Die Kasuistik ist im einzelnen ausführlich. In einigen Fällen ist das Fortlaufen eine familiäre Erscheinung. Die Prognose hängt, abgesehen von den Fällen auf epileptischer Basis, hauptsächlich von der richtigen Gestaltung der „exogenen, vor allem auf sozialem Gebiete liegenden Faktoren“ ab. Da die Neigung zum Umhertreiben sehr schnell gewohnheitsmäßig wird, so ist recht frühzeitiges Eingreifen entscheidend für den Verlauf; denn bei einem solchen ist die Prognose nicht ungünstig. Die Behandlung besteht in heilpädagogischen Maßnahmen im geeigneten Milieu. Für alle nur etwas vorgeschrittenen Fälle ist die Aufnahme in eine geeignete Anstalt geboten.

Solche Anstalten gibt es leider bisher nur wenige. Bei schweren Krankheitszuständen kommen natürlich die Irren-, Idioten- und Epileptikeranstalten in Betracht. Meist wird es angebracht sein, für die anderen Fälle die staatliche Fürsorgeerziehung zu empfehlen. Stiers Buch ist von allgemeinem ärztlichen Interesse. Dr. Rühle-Halle-Nietleben.

Tagesnachrichten.

In **Bayern** ist der Kammer der Reichsräte der Entwurf eines Gesetzes über **Anwendung des Polizeistrafgesetzbuchs** vom 26. Dezember 1871 vorgelegt, in dem auch verschiedene das öffentliche Gesundheitswesen betreffende Aenderungen vorgesehen sind, die eine wesentliche Verbesserung bedeuten. So soll künftighin nach Art. 32 Abt. 4 die öffentliche Darbietung (auch in Vereinen) von **Vorführungen aus dem Gebiete des Hypnotismus, der Suggestion, des Magnetismus oder des Spiritismus** ohne Genehmigung der Distriktspolizeibehörde verboten sein.

Weiterhin wird Art 41, betr. die **Annahme von Kostkindern,** dahin abgeändert, daß Zuwiderhandlungen gegen die über die Meldung und behördliche Ueberwachung sowie über die Beaufsichtigung, Pflege und Erziehung der Kostkinder erlassenen polizeilichen Vorschriften mit Geld bis zu 150 Mark bestraft werden, und daß als Kostkinder Kinder unter vierzehn (bisher acht) Jahren gelten, „wenn sie von Personen, mit denen sie nicht in gerader Linie verwandt oder verschwägert oder in der Seitenlinie bis zum dritten Grade verwandt oder verschwägert sind, gegen Entgelt in Aufsicht, Pflege oder Erziehung genommen werden."

Auch bei Art. 72, der die **Anzeigepflicht** bei **übertragbaren Krankheiten** betrifft, ist insofern eine Aenderung vorgesehen, als mit Strafe alle Personen bedroht werden (nicht wie bisher blos Aerzte, Tierärzte, Bader und Hebammen), die die ihnen nach Verordnung oder oberpolizeilicher Vorschrift obliegende Anzeige sowohl über Erkrankungen von Menschen oder Tieren, als über den Verdacht solcher Erkrankungen oder über Todesfälle nicht erstatten.

Sehr wichtig und dem öffentlichen Interesse in sachgemäßer und weitgehendster Weise Rechnung tragend sind die in bezug auf die **Verwahrung und Beaufsichtigung von Geisteskranken, Geistesschwachen, gebrechlichen und hilflosen** Personen getroffenen Aenderungen. Die dafür maßgebenden Artikel 80 und 81 sollen künftighin folgende Fassung erhalten:

Art. 80. „An Geld bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft bis zu sechs Wochen wird bestraft, wer bei einem Geistesschwachen oder Geisteskranken, der einer besonderen Aufsicht oder Pflege oder einer ärztlichen Behandlung bedarf, die ihm obliegende Aufsicht oder Fürsorge in einer Weise schuldhaft vernachlässigt, daß hieraus eine Gefahr für die Allgemeinheit oder für das Leben oder die Gesundheit des Geistesschwachen oder Geisteskranken entsteht.

Der gleichen Strafe unterliegt, wer den oberpolizeilichen Vorschriften über die privaten Anstalten für Geistesschwache oder Geisteskranke und über die ärztliche Beaufsichtigung der aus Anstalten entlassenen Geistesschwachen und Geisteskranken zuwiderhandelt.

Ein Geistesschwacher oder Geisteskranker darf ohne seine Zustimmung auf Antrag einer Person, Körperschaft oder Behörde, der die Fürsorge für ihn obliegt, in einer Heil- oder Pflegeanstalt verwahrt werden, wenn und solange eine Anstaltsfürsorge notwendig ist.

Die Verwahrung eines Geistesschwachen oder Geisteskranken kann von der Polizeibehörde verfügt werden, wenn und solange er einer Anstaltsfürsorge zum Schutze seiner Person oder zum Schutze der Allgemeinheit bedarf.

Ueber die Zulässigkeit der Verwahrung entscheidet auf Antrag des Amtsgerichts, in dessen Bezirke sich der Geistesschwache oder Geisteskranke aufhält; den Antrag kann der Geistesschwache oder Geisteskranke selbst sowie jeder stellen, der ein berechtigtes Interesse hieran hat. Das Amtsgericht hat den Geisteskranken oder Geistesschwachen persönlich zu vernehmen; die Vernehmung darf nur unterbleiben, wenn sie mit besonderen Schwierigkeiten verbunden oder nicht ohne Nachteil für die Gesundheit des Geistesschwachen oder Geisteskranken ausführbar ist oder wenn sie schon in

einem früheren Verfahren stattgefunden hat und seitdem nicht mehr als sechs Monate verstrichen sind. Die gerichtliche Entscheidung wird dem Antragsteller, demjenigen, welcher die Verwahrung veranlaßt hat, sowie dem etwaigen gesetzlichen Vertreter des Geisteskranken oder Geistesschwachen zugestellt. Gegen eine Entscheidung, welche die Verwahrung für unzulässig erklärt, findet die sofortige Beschwerde statt; sie steht nur dem gesetzlichen Vertreter des Geisteskranken und Geistesschwachen, sowie demjenigen zu, der die Verwahrung veranlaßt hat. Gegen eine Entscheidung, welche die Verwahrung für zulässig erklärt, findet die einfache Beschwerde statt; sie steht dem Geisteskranken oder Geistesschwachen selbst sowie jedem zu, der ein berechtigtes Interesse hieran hat. Das gerichtliche Verfahren bestimmt sich im übrigen nach den Vorschriften für Vormundschaftssachen; die weitere Beschwerde kann jedoch formlos eingelegt werden. Die Zuständigkeit und das Verfahren der Verwaltungsbehörden werden vom Staatsministerium des Innern geregelt.

Art. 81. An Geld bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft bis zu sechs Wochen wird bestraft, wer bei Kindern, Kranken, Gebrechlichen oder anderen hilflosen Personen, die einer besonderen Aufsicht oder Pflege oder ärztlichen Behandlung bedürfen, die ihm obliegende Aufsicht oder Fürsorge in einer Weise schuldhaft vernachlässigt, daß hieraus eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit dieser Personen entsteht.

Art. 81a. Im Urteil auf Bestrafung nach Art. 80 Abs. 1 oder Art. 81 kann ausgesprochen werden, daß die Polizeibebehörde ermächtigt ist, in anderer Weise für die Unterbringung der vernachlässigten Person auf Kosten des Pflichtigen zu sorgen. Wenn es sich um eine Maßregel handelt, zu der eine Anordnung des Vormundschaftsgerichts erforderlich ist, muß die Ermächtigung von der Erlassung dieser Anordnung abhängig gemacht werden."

Betreffs der Errichtung und Betrieb von **Privatkranken- usw. Anstalten** ist ein neuer Art. (81b) eingestellt, der mit Geldstrafe bis 150 M. bedroht, „wer den Anordnungen der zuständigen Behörden über die Errichtung und den Betrieb von privaten Kranken-, Pflege- und Entbindungsanstalten zuwiderhandelt." Außerdem kann im Urteil auch die Schließung der Anstalt bis zur Erfüllung der Anordnungen ausgesprochen werden.

Ferner soll die im Art. 95 zum Schutz von Brunnen und Wasserleitungen getroffenen Sicherheitsvorschriften noch **auf Badeanstalten und öffentlich benutzte Heilquellen** ausgedehnt werden; außerdem wird das Wort „Wasserleitung" ersetzt durch **„Wasserversorgungsanlage"**.

Auch Art. 127 Abs. 2 hat eine weitergehende Fassung erhalten, indem künftighin nicht bloß **Hebammen**, sondern auch **Bader, Krankenpfleger und andere in der niederen Gesundheitspflege beruflich tätige Personen** (z. B. Desinfektoren) mit Geldstrafe bis zu 150 M. bedroht werden, „wenn sie, von Notfällen abgesehen, den Verordnungen oder Ministerialvorschriften über ihre Befugnisse und Pflichten zuwiderhandeln."

Endlich ist Art. 142 dahin abgeändert, daß künftighin bis 150 M. bestraft werden soll, wer beim gewerbsmäßigen **Ausschanke von Bier** gewohnheitsmäßig nicht die den Füllstrich entsprechende bestellte Menge Bier verabreicht und wer den oberpolizeilichen Vorschriften über die **Bezeichnung verkäuflicher Nahrungs- und Genußmittel** zuwiderhandelt. Im letzteren Falle kann auch auf Einziehung der beanstandeten Nahrungsmittel, Genußmittel oder sonstigen Gegenstände erkannt werden.

Preisausschreiben. Das Komitee zur Entsendung Lungenkranker nach Deutsch-Südwestafrika hat einen Preis von 3000 M. für die beste Beantwortung der Frage ausgesetzt: **„Welche Bedeutung hat das Klima von Deutsch-Südwestafrika für Tuberkulose?"**

Als Preisbewerber kommen ausschließlich in Deutsch-Südwestafrika tätige oder tätig gewesene Aerzte in Frage. Die Arbeiten sind, versiegelt und mit einem Motto versehen, bis zum 1. April 1915 bei dem Direktor der Mediz.-Abteil. des Köngl. Preuß. Min. des Innern, Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner, Berlin NW. 7, Schadowstraße 10, einzureichen. Das Preisrichteramt liegt in den Händen der Herren: Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Gaffky in Hannover, praktischer Arzt Dr. Katz, Min.-Direktor Prof. Dr. Kirchner und Gen.-Arzt Prof. Dr. Steudel in Berlin. Die Entscheidung

ist unter Ausschluß des Rechtswegs endgültig. Liegen mehrere gleichwertige Arbeiten vor, so bleibt eine angemessene Teilung der Summe vorbehalten.

Auf die Tagesordnung der vom 2.—4. Juni in Stuttgart unter dem Vorsitz vom Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Abel-Berlin stattfindenden Versammlung des **Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege** sind folgende Verhandlungsgegenstände gestellt: 1. Heilerziehungsheim für psychopathische Kinder. Berichterstatter: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen-Wiesbaden. 2. Die neue Schulorganisation in Württemberg. Berichterstatter: Ob.-Med.-Rat Dr. v. Scheurlen-Stuttgart. 3. Welche Anforderungen sind von hygienischer Seite an die Grundrißgestaltung des Schulhauses in Stadt und Land zu stellen und inwieweit bedürfen die gesetzlichen Bestimmungen einer Aenderung? Berichterstatter: Prof. Dr. Selter-Leipzig und Stadtbauinspektor Uhlig-Dortmund. 4. Soll der Anfangsunterricht mit Antiqua oder Fraktur beginnen? Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. Cords-Bonn und Rektor O. Schmidt-Berlin. 5. Die gesundheitliche und pädagogische Bedeutung der Schulstrafen. Berichterstatter: Dr. Moses-Mannheim und Schulrat Dr. Mosapp-Stuttgart.

Unmittelbar im Anschluß an diese Versammlung findet am 5. Juni d. J. ebenfalls in Stuttgart die **VI. Versammlung der Schulärzte Deutschlands** statt (s. diese Zeitschrift, Nr. 1, S. 39).

Der **40. Deutsche Aerztetag** findet am 25.—27. Juni in München statt. Der Geschäftsausschuß hat als vorläufige Tagesordnung aufgestellt:

I. Geschäftliches. II. Kassenbericht für 1913. III. Die Lage nach dem Berliner Abkommen. (Referent: L. V.). IV. Antrag Leipzig-Land-Nürnberg (vom Elberfelder Aerztetage):

Der Aerztetag fordert die deutschen Aerzte auf, ärztliche Tätigkeit auch in solchen Fällen nur gegen Bezahlung auszuüben, wo es sich um sogenannte gemeinnützige Unternehmungen handelt. Der lokalen Standesvertretung obliegt die Prüfung der Frage, ob im einzelnen Falle Bezahlung zu fordern ist oder nicht. (Referent: Prof. Dr. R. Lennhoff.)

V. Kurpfereibekämpfung. (Referent: Dr. Franz.) Hierzu Antrag des Geschäftsausschusses, den Bundesbeitrag um 1 Mark zu erhöhen.

VI. Antrag des Geschäftsausschusses:

Für die Reserve-Sanitätsoffiziere soll ein militärisches Ehrengericht aus Reserve-Sanitätsoffizieren analog dem der Reserveoffiziere geschaffen werden. (Referent: Dr. Vogel).

VII. Die Hebammenfrage. (Referent noch nicht ernannt).

VIII. Zwei Anträge Leipzig-Land (falls noch die nötige Unterstützung eingeht):

a) Der Aerztetag wolle beschließen, daß durch den Geschäftsausschuß bzw. durch den Vorstand des L. V. eine Taxkommission zu errichten ist, die die vorhandenen Gebührenordnungen zu überwachen, auf zeitgemäßem Stande zu erhalten bezw. durch eine gemeinsame Taxe zu ersetzen hat. Die Kommission soll aus drei möglichst an einem Orte wohnenden Aerzten bestehen, die das Recht der Zuwahl haben; jedes Jahr hat die Kommission dem Aerztetage über ihre Tätigkeit Bericht zu erstatten.

b) Der Aerztetag möge beschließen: es wird eine Auskunftsstelle für Aerzte in Geld- und Bankangelegenheiten entweder durch den Geschäftsausschuß oder durch den Vorstand des L. V. errichtet, durch die der deutschen Aerzteschaft in allen solchen Fragen kostenlose sachverständige Auskunft erteilt wird.

(Referent noch nicht mitgeteilt.)

Am Dienstag, den 2. Juni d. J. findet in Leipzig (Hotel Palmbaum) vormittags 9 Uhr eine außerordentliche **Tagung der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens** mit folgender Tagesordnung statt: 1. Besprechung und Abstimmung über eine geplante Fusion mit der zwanglosen Vereinigung der Leiter von Wöchnerinnenasylen. 2. Abstimmung über die in Halle zurückgestellte Resolution des Vorstandes (vgl. Annalen, Jahrg. 1913, Heft 3, S. 240). 3. Besprechung und Anträge über die „Annalen“. 4. Besprechung über die

seit der Versammlung in Halle bestehende Lage der Vereinigung. 5. Verschiedenes.

Für den Tag vorher (Pfingstmontag den 1. Juni) ist Abends 8 Uhr in demselben Hotel eine gemütliche Zusammenkunft vorgesehen.

Hebammen-Alters- und -Erholungsheim in Thale am Harz. Am 12. Juni 1911 ist in einer Sitzung des Magdeburger Hebammenvereins unter großer Begeisterung beschlossen, ein Heim für altersschwache und erholungsbedürftige Hebammen zu begründen. Der Vereinsvorstand ist sogleich rührig ans Werk gegangen, hat an die Vereine der Provinz Sachsen Sammellisten geschickt, besonders die eigenen Vereinsmitglieder zu eifriger Mitarbeit angespornt und vor allem im Herbst v. J. von dem Herrn Oberpräsidenten von Hegel die Bewilligung einer Lotterie erreicht.

Auf diese Weise sind etwa 35000 M. zusammengebracht, eine im Verhältnis zu den aufgewandten Mühen und Anstrengungen nicht erhebliche Summe, die keinesfalls für den geplanten Neubau ausreicht. Inzwischen ist es aber durch einen besonderen Glückszufall gelungen, in Thale im Harz ein als Pensionat eingerichtetes Haus billig zu erwerben, das bereits in diesem Sommer für etwa 20 altersgebrechliche und erholungsbedürftige Hebammen zur Verfügung steht. Die Einweihung soll am 12. Juni d. J. stattfinden. Damit ist zwar das langersehnte Ziel erreicht, aber noch nicht die schwere Sorge gehoben inbezug auf die Kosten für die Unterhaltung des Heims. Es soll allerdings von den Hebammen, die das Heim aufsuchen, eine kleine Entschädigung für die volle Pension gezahlt werden, aber doch nur, so weit sie dazu in der Lage sind, während den Hebammen, die nichts bezahlen können, womöglich gänzlich freie Unterkunft gewährt werden soll. Es ist deshalb geplant, daß die Hebammen der Provinz Sachsen eine regelmäßige freiwillige Steuer im Betrage von 10 Pf. für jede ihnen bezahlte Entbindung beitragen sollen; desgleichen ist die gesamte deutsche Hebammenschaft zu Beiträgen aufgefordert; denn das neugegründete Hebammenheim soll, soweit der Platz reicht, nicht nur für die Hebammen der Provinz Sachsen, sondern für alle deutschen Hebammen, die Aufnahme bedürftig sind, zur Verfügung stehen. Vielleicht darf der Unterzeichnete auch die Herren Kollegen bitten, für das neue Heim ein kleines Scherflein beizutragen; denn wenn er auch recht gut weiß, daß von den Medizinalbeamten stets für alle möglichen Wohltätigkeitszwecke Gelder abverlangt werden, so glaubt er doch, daß in diesem Falle seine Bitte eine Berechtigung hat und deshalb eine wohlwollende Aufnahme finden wird, da ja den Herren Kollegen am besten bekannt ist, wie schwer der Hebammenstand zu ringen hat, und sie es sich deshalb auch zur besonderen Aufgabe gemacht haben, den Hebammen möglichst zu helfen.

Zur Entgegennahme von Beiträgen (zwei Kollegen haben bereits dauernde Beiträge in Aussicht gestellt) ist Unterzeichneter gern bereit. — Ueber die eingegangenen Gelder soll in dieser Zeitschrift quittiert werden.

Dr. Brummund, Kreis- und Stadtarzt in Magdeburg, Rathaus.

Pest. In Aegypten ist vom 21.—27. Februar nur noch 1 Erkrankung und 1 Todesfall vorgekommen; in Britisch-Ostindien hat die Zahl der Pest-Erkrankungen (Todesfälle) vom 8.—21. Februar: 10739 (9070) 11891 (9888) betragen, in Niederländisch-Indien vom 11.—24 Februar: 577 (523), auf den Philippinen im Januer: 3 (1), in Hongkong vom 8.—14. Februar: 12 (12). in Brasilien (Bahia) vom 8.—24. Januar: 7 (8), in Chile vom 4.—10. Januar: 1 (1), in Peru vom 1. Dezember 1913 bis 18. Januar: 186, in Ecuador im Dezember 1913: 156 (74), in Mauritius vom 1.—29. Januar: 14 (8).

Cholera. Im Januar d. J. sind in Manila (Philippinen) 37 Erkrankungen mit 21 Todesfällen gemeldet.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 1. bis 7. März 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera: Gelbfieber, Rückfallfieber, Fleckfieber, Aussatz, Tollwut, Rotz, Pocken, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: — (—); Milzbrand: 3 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere

3 (—); Unterleibstyphus: 142 (14); Ruhr: 3 (—); Diphtherie: 1985 (141); Scharlach: 1695 (75); Kindbettfieber: 113 (21); Genickstarre: 8 (2); spinaler Kinderlähmung: 3 (1); Trichinose. 3 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 136; Tuberkulose (gestorben) 811.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. St. in A.: Der Erste Staatsanwalt beauftragt den Kreisarzt mit der Untersuchung eines Sekretärs der Staatsanwaltschaft und zwar in dessen Wohnung, zwecks Feststellung, ob dieser wirklich krank und dienstunfähig ist. Gehört die Tätigkeit zu den Dienstgeschäften des Kreisarztes, die er nach § 1 des Gesetzes betr. Gebühren der Medizinalbeamten vom 14. Juli 1909 unentgeltlich zu verrichten hat?

Antwort: Nein! Der Kreisarzt hat dafür Gebühren zu beanspruchen, da es sich um eine vertrauensärztliche Tätigkeit handelt (Min.-Erl. vom 16. September 1909, und Verfügung des Justizministers vom 20. November 1911; s. Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 1, S. 2, Jahrg. 1910 und zu Nr. 5 S. 94, Jahrg. 1912).

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

XXX. Hauptversammlung

am **Dienstag, den 21. April 1914** in **Berlin.**

Tagesordnung:

Montag, den 20. April:

8½ abends: Begrüßungs-Abend (mit Damen) im **„Rheingold“** (Ebenholzsaal); Eingang Potsdamerstraße Nr. 8, eine Treppe hoch.

Dienstag, den 21. April:

9½ Uhr vormittags: Sitzung im **„Rheingold“** (Bankettsaal). Eingang wie vorher.

1. **Eröffnung der Versammlung.**
2. **Geschäfts- und Kassenbericht.**
3. **Die Rauch- und Geräuschplage vom sanitätspolizeilichen und zivilrechtlichen Standpunkte.** Berichterstatter: Kreisarzt Dr. Ascher in Hamm.
4. **Der Identitätsnachweis an zerstückelten Leichen** (mit Demonstrationen). Berichterstatter: Prof. Dr. Ziemke, Gerichtsarzt in Kiel.

Frühstückspause.

5. **Beamteter Arzt und praktischer Arzt.** Berichterstatter: Med.-Rat Dr. Kluge in Wolmirstedt.
6. **Vorstandswahl; Bericht der Kassenrevisoren.**

Nach Schluß der Sitzung findet die General-Versamlung der **„Jubiläumsstiftung“** mit folgender Tagesordnung statt:

a. Geschäfts- und Kassenbericht. b. Vorstandswahl.

6 Uhr nachmittags: Festessen (mit Damen) im **„Rheingold“ (Bankettsaal);** Preis des Gedeckes: 5 Mark.

Um recht zahlreiche Teilnahme, auch von Seiten der Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamtenvereins, die freundlichst eingeladen sind, wird gebeten.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins.

Im Auftrage: Prof. Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Geh. Med.-Rat in Minden.

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 8. Ausgegeben am 20. April 1

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch

J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 8.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

B. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

1. Diphtheritis.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

B. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

1. Diphtheritis.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem Prof. Dr. Schultze, Direktor der Universitäts-Nervenklinik und der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen; — das Prädikat Professor: dem Badearzt Dr. Fraenkel in Badenweiler, dem Privatdozenten Dr. Port, Oberarzt an der medizinischen Klinik in Göttingen, dem Privatdozenten Dr. Igersheimer in Halle a. S.; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem San.-Rat Dr. Stisser in Bücken (Kreis Hoya); —

der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. San.Rat Dr. Simon, bisherigen Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Lüben.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Ehren-Großkomturkreuzes Großherzoglich Oldenburgischen Haus- und Verdienstordens: dem Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner in Berlin; des Kommandeurkreuzes II. Klasse des Herzoglich Braunschweigischen Ordens Heinrichs des Löwen: dem General- und Korpsarzt Prof. Dr. Schumburg in Hannover; des Ritterzeichens I. Klasse des Herzoglich Anhaltischen Hausordens Albrechts des Bären: dem Stabs- und Bataillonsarzt Krüger beim Anhaltischen Inf.-Regt. Nr. 93; des Ehrenkreuzes IV. Klasse des Fürstlich Lippischen Hausordens: dem Oberarzt Dr. Schilling beim Westf. Feldart.-Regt. Nr. 7; des Offizierkreuzes des Kaiserlich Oesterreichischen Franz Josephordens: dem Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. Nicolai beim Gardegrenadierregiment Nr. 4; des Komturkreuzes des Kaiserlich Oesterreichischen Franz Josephordens: dem Arzt Dr. Deutschmann, Leiter einer Augenklinik in Hamburg; des Offizierkreuzes des Königlich Bulgarischen Militärverdienstordens dem Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Eckert beim Gardegrenadier-Regt. Nr. 4; des Ritterkreuzes des Königlich Montenegrinischen Unabhängigkeitsordens: dem Stabs- und Bat.-Arzt Dr. Brüning beim 6. Rhein. Inf.-Regt. Nr. 68; der III. Klasse des Kaiserlich Japanischen Ordens der Aufgehenden Sonne: dem Geh. Med.-Rat Prof Dr. Orth in Berlin; der IV. Klasse desselben Ordens: dem Geh Med.-Rat Prof. Dr. Kaufmann in Göttingen; der III. Klasse des Kaiserlich Japanischen Ordens des Heiligen Schatzes: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Pfeiffer in Breslau.

Ernannt: Der bisherige Kreisarzt und ständige Hilfsarbeiter bei der Königlichen Regierung in Breslau Dr. Beninde zum Reg.- und Med.-Rat in

---

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **Merck** in **Darmstadt** über „Jodipin" bei, worauf wir noch besonders hinweisen.

---

dem Reiche der Immunitätswissenschaft täglich in praxi anwendet, Rechenschaft ablegen will, der kann keinen besseren Führer und Ratgeber finden als Dieudonné's Buch. Die Zusammenstellung der wichtigsten Immunitätsreaktionen und Fachausdrücke aus der Immunitätslehre wird der Praktiker besonders freudig begrüßen. Prof. Dr. Roepke-Melsungen.

Wolfgang Weichardt: Jahresberichte über die Ergebnisse der Immunitätsforschung. III. Band. Stuttgart 1912 und 1913. Verlag von Ferdinand Enke. Gr. 8°, Abt. I, 332 S. Preis: geh. 12 Mark. Abt. II, 584 S. Preis: geh. 22,40 Mark.

Der erste Teil des Jahresberichtes 1912 interessiert den Praktiker am meisten, weil er die „Ergebnisse" der Immunitätsforschung umfaßt. Zunächst werden die neuen diagnostischen Methoden genau nach den Originalvorschriften wiedergegeben (Weichardt). Es folgen Kapitel über den derzeitigen Stand der Chemotherapie (Schwenk), Antianaphylaxie (Besredka), serodiagnostische Reaktionen in der Veterinärmedizin (Frei), Komplement (Liefmann) und Komplementbindungsreaktion bei malignen Tumoren (v. Dungern), über Vakzinetherapie und Vakzinediagnostik (Reiter).

Die Abteilung II bringt auf 520 Seiten die „Referate" nach dem Alphabet der Autoren geordnet und ein sehr ausführliches Sachregister. Als unentbehrliches Nachschlagebuch fehlt der Jahresbericht heute wohl in keiner medizinischen Bibliothek. Prof. Dr. Roepke-Melsungen.

Axel v. Bonsdorff: Untersuchungen über die Arnethsche Methode der Bestimmung des neutrophilen Blutbildes und das neutrophile Blutbild bei Gesunden. Würzburg 1913. Verlag von K. Kabitzsch. Lex. 8°. 520 S. Preis: broschiert 7 Mark.

Die umfangreichen und sehr fleißigen Untersuchungen des Autors führen ihn dahin, daß die Verschiebung des neutrophilen Blutbildes eine neue und ungeahnte Gesetzmäßigkeit in der Natur darstellt. Seine Bestimmung ist auf reellem Grunde aufgebaut und sehr genau möglich. Wer sich mit der Arnethschen Idee beschäftigt, wird die Monographie, die als V. Supplementband der Brauerschen „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose" erschienen ist, eingehend studieren müssen. Prof. Dr. Roepke-Melsungen.

F. Lorentz und Prof. Dr. **Kemsies**-Berlin: **Hygienische Unterweisung und Jugendfürsorge an den Schulen.** Osterwieck (Harz) 1913. Verlag von Zickfeld. Preis: 2 Mark.

Diese Sammlung von Abhandlungen, die, im Auftrage der Vereinigung für Schulgesundheitspflege des Berliner Lehrervereins herausgegeben, dem in der Hygiene ferner stehenden Praktiker ein Wegweiser in der täglichen Berufsarbeit werden und ihn für dies Gebiet interessieren will. Nach einer Einleitung über den gegenwärtigen Stand der Schulhygiene wird eine Reihe aktueller Themata behandelt, die sich mit der hygienischen Jugendfürsorge befassen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Dr. Hüttemann, Stabsarzt in Straßburg: **Vorschriften über die Anforderungen an das Auge bei der Einstellung in verschiedene Berufe.** Stuttgart 1913. Verlag von F. Enke. Kl. 8°, 46 S. Preis: 1,60 Mark.

Dies Nachschlagebüchlein für Aerzte bringt die Vorschriften über die Anforderungen, die in bezug auf das Sehvermögen bei Einstellung in den Eisenbahndienst, in die Armee und Marine, betreffend Tropendienstfähigkeit, Untersuchung der Seeleute der Kauffahrteischiffahrt, Kraftwagenführer, Forst-, Post- und Landmesserdienst; es wird daher den beamteten wie nicht beamteten Aerzten willkommen sein. Dr. Wolf-Witzenhausen.

H. Zingerle-Graz: **Ueber transitorische Geistesstörungen und deren forensische Beurteilung.** Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Halle a. S. 1912. Verlag von Carl Marhold. Kl. 8°, 52 S. Preis: 1,70 M.

Als Regel ergibt sich, „niemals bei der Begutachtung sich ausschließlich auf die Art und Verübung des Deliktes zu beschränken und etwa auf Grund dessen eine Erkrankung auszuschließen". Alle eruierbaren Fakta müssen verwertet

werden. Aber trotz aller exakten Bemühungen bleiben unklare Fälle übrig. Ein Zweifel über die Zurechnungsfähigkeit ist erst ausgeschlossen, wenn das Fehlen der „bewußten Zielstrebigkeit“ und der „freien, d. h. unter dem ungehinderten Wettkampfe der Motive erfolgenden Wahlmöglichheit durch den Zustand des Bewußtseins“ nachgewiesen ist. Der Schwierigkeit des Problems wird Zingerles strenge Analyse in ausgezeichneter Weise gerecht.

Dr. Rühle-Halle-Nietleben.

Dr. Alfred Hauptmann: Die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Halle a. S. 1913. Verlag von Carl Marhold. Kl. 8⁰, 23 S. Preis: 1 M.

Hauptmann bespricht in seiner Arbeit die diagnostischen und differenzialdiagnostischen Möglichkeiten, die heute die Untersuchung des bei der Lumbalpunktion gewonnenen Liquor cerebrospinalis bietet. Daneben kommt auch die Druckmessung bei der Entnahme in Horizontallage in Betracht. Im ganzen kommen zur Verwertung hauptsächlich die Druckmessung, die Wassermannsche Reaktion unter Benutzung größerer Liquormengen, die Globulinausfällung, die Lymphozytose, die Untersuchung auf Cholestearin und event. noch Prüfung auf gewisse Ambozeptorenstoffe.

Dr. Rühle-Halle-Nietleben.

Dr. Rich. Traugott: Die nervöse Schlaflosigkeit und ihre Behandlung. Würzburg 1913. Verlag von Curt Kabitzsch. Kl. 8⁰; 116 S. Preis: 2 M.

Ziemlich eingehende Studie über Arten, objektive Zeichen, Ursachen, Verhütung und Behandlung der nervösen Schlaflosigkeit. Wenn irgend möglich arzneilose Behandlung; wo diese nicht angeht, sorgfältige Auswahl und Dosierung der in Betracht kommenden Mittel. Das Heftchen bietet dem Praktiker eine gute Orientierung. Dr. Rühle-Halle-Nietleben.

Ewald Stier: Wandertrieb und pathologisches Fortlaufen bei Kindern. Heft 1—3 des ersten Bandes der Sammlung zwangloser Abhandlungen zur Neuro- und Psychopathologie des Kindesalters. Jena 1913. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8⁰, 135 S. Preis: 3,60 M.

Diese Abhandlungen haben den Zweck, wissenschaftliches Tatsachenmaterial über den angegebenen Gegenstand zusammenzutragen.

Die Kinder garantieren die Zukunft der Nation; es muß daher alles, was die kindliche Psyche, die normale und die pathologische, ergründen hilft, freudig aufgenommen werden. Stiers Arbeit behandelt das Eltern und Erzieher so oft in Bestürzung und Ratlosigkeit versetzende Phänomen des Fortlaufens der Kinder. Ueber 300 selbst beobachtete Fälle bilden der Grundlage der vorgetragenen Anschauungen. Sorgfältig werden die Grenzen zwischen physiologischem und pathologischem Fortlaufen zu ziehen versucht. Den Grund zu der Entscheidung, ob physiologisch, bietet hauptsächlich die Größe der Wertdifferenz zwischen den positiv und negativ betonten Eindrücken, die dem Kinde im Kreise der Familien geboten werden und denen, die es draußen, in der Freiheit, in der Fremde erwarten. Prozentual besteht ein auffallender Unterschied zwischen den Geschlechtern, entsprechend den überhaupt aktiveren Charakter der Knaben im Verhältnis zu den passiveren Mädchen. Das Verhältnis ist 7 : 2. In einem speziellen Teil werden die Beziehungen des pathologischen Fortlaufens zu psychischen Krankheitszuständen besprochen und zwar bei Psychosen, bei der Epilepsie, der Hysterie, dem Schwachsinn und bei psychopathischer Konstitution. Daran schließt sich ein Kapitel über Fortlaufen bei verwahrlosten Kindern ohne ausgeprägt pathologische Grundlage. Die Kasuistik ist im einzelnen ausführlich. In einigen Fällen ist das Fortlaufen eine familiäre Erscheinung. Die Prognose hängt, abgesehen von den Fällen auf epileptischer Basis, hauptsächlich von der richtigen Gestaltung der „exogenen, vor allem auf sozialem Gebiete liegenden Faktoren“ ab. Da die Neigung zum Umhertreiben sehr schnell gewohnheitsmäßig wird, so ist recht frühzeitiges Eingreifen entscheidend für den Verlauf; denn bei einem solchen ist die Prognose nicht ungünstig. Die Behandlung besteht in heilpädagogischen Maßnahmen im geeigneten Milieu. Für alle nur etwas vorgeschrittenen Fälle ist die Aufnahme in eine geeignete Anstalt geboten.

Solche Anstalten gibt es leider bisher nur wenige. Bei schweren Krankheitszuständen kommen natürlich die Irren-, Idioten- und Epileptikeranstalten in Betracht. Meist wird es angebracht sein, für die anderen Fälle die staatliche Fürsorgeerziehung zu empfehlen. Stiers Buch ist von allgemeinem ärztlichen Interesse. Dr. Rühle-Halle-Nietleben.

Tagesnachrichten.

In **Bayern** ist der Kammer der Reichsräte der Entwurf eines Gesetzes über **Anwendung des Polizeistrafgesetzbuchs** vom 26. Dezember 1871 vorgelegt, in dem auch verschiedene das öffentliche Gesundheitswesen betreffende Aenderungen vorgesehen sind, die eine wesentliche Verbesserung bedeuten. So soll künftighin nach Art. 32 Abt. 4 die öffentliche Darbietung (auch in Vereinen) von **Vorführungen aus dem Gebiete des Hypnotismus, der Suggestion, des Magnetismus oder des Spiritismus** ohne Genehmigung der Distriktspolizeibehörde verboten sein.

Weiterhin wird Art 41, betr. die **Annahme von Kostkindern**, dahin abgeändert, daß Zuwiderhandlungen gegen die über die Meldung und behördliche Ueberwachung sowie über die Beaufsichtigung, Pflege und Erziehung der Kostkinder erlassenen polizeilichen Vorschriften mit Geld bis zu 150 Mark bestraft werden, und daß als Kostkinder Kinder unter vierzehn (bisher acht) Jahren gelten, „wenn sie von Personen, mit denen sie nicht in gerader Linie verwandt oder verschwägert oder in der Seitenlinie bis zum dritten Grade verwandt oder verschwägert sind, gegen Entgelt in Aufsicht, Pflege oder Erziehung genommen werden."

Auch bei Art. 72, der die **Anzeigepflicht** bei **übertragbaren Krankheiten** betrifft, ist insofern eine Aenderung vorgesehen, als mit Strafe alle Personen bedroht werden (nicht wie bisher blos Aerzte, Tierärzte, Bader und Hebammen), die die ihnen nach Verordnung oder oberpolizeilicher Vorschrift obliegende Anzeige sowohl über Erkrankungen von Menschen oder Tieren, als über den Verdacht solcher Erkrankungen oder über Todesfälle nicht erstatten.

Sehr wichtig und dem öffentlichen Interesse in sachgemäßer und weitgehendster Weise Rechnung tragend sind die in bezug auf die **Verwahrung und Beaufsichtigung von Geisteskranken, Geistesschwachen, gebrechlichen und hilflosen** Personen getroffenen Aenderungen. Die dafür maßgebenden Artikel 80 und 81 sollen künftighin folgende Fassung erhalten:

Art. 80. „An Geld bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft bis zu sechs Wochen wird bestraft, wer bei einem Geistesschwachen oder Geisteskranken, der einer besonderen Aufsicht oder Pflege oder einer ärztlichen Behandlung bedarf, die ihm obliegende Aufsicht oder Fürsorge in einer Weise schuldhaft vernachlässigt, daß hieraus eine Gefahr für die Allgemeinheit oder für das Leben oder die Gesundheit des Geistesschwachen oder Geisteskranken entsteht.

Der gleichen Strafe unterliegt, wer den oberpolizeilichen Vorschriften über die privaten Anstalten für Geistesschwache oder Geisteskranke und über die ärztliche Beaufsichtigung der aus Anstalten entlassenen Geistesschwachen und Geisteskranken zuwiderhandelt.

Ein Geistesschwacher oder Geisteskranker darf ohne seine Zustimmung auf Antrag einer Person, Körperschaft oder Behörde, der die Fürsorge für ihn obliegt, in einer Heil- oder Pflegeanstalt verwahrt werden, wenn und solange eine Anstaltsfürsorge notwendig ist.

Die Verwahrung eines Geistesschwachen oder Geisteskranken kann von der Polizeibehörde verfügt werden, wenn und solange er einer Anstaltsfürsorge zum Schutze seiner Person oder zum Schutze der Allgemeinheit bedarf.

Ueber die Zulässigkeit der Verwahrung entscheidet auf Antrag des Amtsgerichts, in dessen Bezirke sich der Geistesschwache oder Geisteskranke aufhält; den Antrag kann der Geistesschwache oder Geisteskranke selbst sowie jeder stellen, der ein berechtigtes Interesse hieran hat. Das Amtsgericht hat den Geisteskranken oder Geistesschwachen persönlich zu vernehmen; die Vernehmung darf nur unterbleiben, wenn sie mit besonderen Schwierigkeiten verbunden oder nicht ohne Nachteil für die Gesundheit des Geistesschwachen oder Geisteskranken ausführbar ist oder wenn sie schon in

einem früheren Verfahren stattgefunden hat und seitdem nicht mehr als sechs Monate verstrichen sind. Die gerichtliche Entscheidung wird dem Antragsteller, demjenigen, welcher die Verwahrung veranlaßt hat, sowie dem etwaigen gesetzlichen Vertreter des Geisteskranken oder Geistesschwachen zugestellt. Gegen eine Entscheidung, welche die Verwahrung für unzulässig erklärt, findet die sofortige Beschwerde statt; sie steht nur dem gesetzlichen Vertreter des Geisteskranken und Geistesschwachen, sowie demjenigen zu, der die Verwahrung veranlaßt hat. Gegen eine Entscheidung, welche die Verwahrung für zulässig erklärt, findet die einfache Beschwerde statt; sie steht dem Geisteskranken oder Geistesschwachen selbst sowie jedem zu, der ein berechtigtes Interesse hieran hat. Das gerichtliche Verfahren bestimmt sich im übrigen nach den Vorschriften für Vormundschaftssachen; die weitere Beschwerde kann jedoch formlos eingelegt werden. Die Zuständigkeit und das Verfahren der Verwaltungsbehörden werden vom Staatsministerium des Innern geregelt.

Art. 81. An Geld bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft bis zu sechs Wochen wird bestraft, wer bei Kindern, Kranken, Gebrechlichen oder anderen hilflosen Personen, die einer besonderen Aufsicht oder Pflege oder ärztlichen Behandlung bedürfen, die ihm obliegende Aufsicht oder Fürsorge in einer Weise schuldhaft vernachlässigt, daß hieraus eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit dieser Personen entsteht.

Art. 81a. Im Urteil auf Bestrafung nach Art. 80 Abs. 1 oder Art. 81 kann ausgesprochen werden, daß die Polizeibebehörde ermächtigt ist, in anderer Weise für die Unterbringung der vernachlässigten Person auf Kosten des Pflichtigen zu sorgen. Wenn es sich um eine Maßregel handelt, zu der eine Anordnung des Vormundschaftsgerichts erforderlich ist, muß die Ermächtigung von der Erlassung dieser Anordnung abhängig gemacht werden."

Betreffs der Errichtung und Betrieb von **Privatkranken- usw. Anstalten** ist ein neuer Art. (81b) eingestellt, der mit Geldstrafe bis 150 M. bedroht, „wer den Anordnungen der zuständigen Behörden über die Errichtung und den Betrieb von privaten Kranken-, Pflege- und Entbindungsanstalten zuwiderhandelt." Außerdem kann im Urteil auch die Schließung der Anstalt bis zur Erfüllung der Anordnungen ausgesprochen werden.

Ferner soll die im Art. 95 zum Schutz von Brunnen und Wasserleitungen getroffenen Sicherheitsvorschriften noch **auf Badeanstalten und öffentlich benutzte Heilquellen** ausgedehnt werden; außerdem wird das Wort „Wasserleitung" ersetzt durch **„Wasserversorgungsanlage"**.

Auch Art. 127 Abs. 2 hat eine weitergehende Fassung erhalten, indem künftighin nicht bloß **Hebammen,** sondern auch **Bader, Krankenpfleger und andere in der niederen Gesundheitspflege beruflich tätige Personen** (z. B. Desinfektoren) mit Geldstrafe bis zu 150 M. bedroht werden, „wenn sie, von Notfällen abgesehen, den Verordnungen oder Ministerialvorschriften über ihre Befugnisse und Pflichten zuwiderhandeln."

Endlich ist Art. 142 dahin abgeändert, daß künftighin bis 150 M. bestraft werden soll, wer beim gewerbsmäßigen **Ausschanke von Bier** gewohnheitsmäßig nicht die den Füllstrich entsprechende bestellte Menge Bier verabreicht und wer den oberpolizeilichen Vorschriften über die **Bezeichnung verkäuflicher Nahrungs- und Genußmittel** zuwiderhandelt. Im letzteren Falle kann auch auf Einziehung der beanstandeten Nahrungsmittel, Genußmittel oder sonstigen Gegenstände erkannt werden.

Preisausschreiben. Das Komitee zur Entsendung Lungenkranker nach Deutsch-Südwestafrika hat einen Preis von 3000 M. für die beste Beantwortung der Frage ausgesetzt: **„Welche Bedeutung hat das Klima von Deutsch-Südwestafrika für Tuberkulose?"**

Als Preisbewerber kommen ausschließlich in Deutsch-Südwestafrika tätige oder tätig gewesene Aerzte in Frage. Die Arbeiten sind, versiegelt und mit einem Motto versehen, bis zum 1. April 1915 bei dem Direktor der Mediz.-Abteil. des Kögl. Preuß. Min. des Innern, Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner, Berlin NW. 7, Schadowstraße 10, einzureichen. Das Preisrichteramt liegt in den Händen der Herren: Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Gaffky in Hannover, praktischer Arzt Dr. Katz, Min.-Direktor Prof. Dr. Kirchner und Gen.-Arzt Prof. Dr. Steudel in Berlin. Die Entscheidung

ist unter Ausschluß des Rechtswegs endgültig. Liegen mehrere gleichwertige Arbeiten vor, so bleibt eine angemessene Teilung der Summe vorbehalten.

Auf die Tagesordnung der vom 2.—4. Juni in Stuttgart unter dem Vorsitz vom Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Abel-Berlin stattfindenden Versammlung des **Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege** sind folgende Verhandlungsgegenstände gestellt: 1. Heilerziehungsheim für psychopathische Kinder. Berichterstatter: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen-Wiesbaden. 2. Die neue Schulorganisation in Württemberg. Berichterstatter: Ob.-Med.-Rat Dr. v. Scheurlen-Stuttgart. 3. Welche Anforderungen sind von hygienischer Seite an die Grundrißgestaltung des Schulhauses in Stadt und Land zu stellen und inwieweit bedürfen die gesetzlichen Bestimmungen einer Aenderung? Berichterstatter: Prof. Dr. Selter-Leipzig und Stadtbauinspektor Uhlig-Dortmund. 4. Soll der Anfangsunterricht mit Antiqua oder Fraktur beginnen? Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. Cords-Bonn und Rektor O. Schmidt-Berlin. 5. Die gesundheitliche und pädagogische Bedeutung der Schulstrafen. Berichterstatter: Dr. Moses-Mannheim und Schulrat Dr. Mosapp-Stuttgart.

Unmittelbar im Anschluß an diese Versammlung findet am 5. Juni d. J. ebenfalls in Stuttgart die **VI. Versammlung der Schulärzte Deutschlands** statt (s. diese Zeitschrift, Nr. 1, S. 39).

Der **40. Deutsche Aerztetag** findet am 25.—27. Juni in München statt. Der Geschäftsausschuß hat als vorläufige Tagesordnung aufgestellt:

I. Geschäftliches. II. Kassenbericht für 1913. III. Die Lage nach dem Berliner Abkommen. (Referent: L. V.). IV. Antrag Leipzig-Land-Nürnberg (vom Elberfelder Aerztetage):

Der Aerztetag fordert die deutschen Aerzte auf, ärztliche Tätigkeit auch in solchen Fällen nur gegen Bezahlung auszuüben, wo es sich um sogenannte gemeinnützige Unternehmungen handelt. Der lokalen Standesvertretung obliegt die Prüfung der Frage, ob im einzelnen Falle Bezahlung zu fordern ist oder nicht. (Referent: Prof. Dr. R. Lennhoff.)

V. Kurpfereibekämpfung. (Referent: Dr. Franz.) Hierzu Antrag des Geschäftsausschusses, den Bundesbeitrag um 1 Mark zu erhöhen.

VI. Antrag des Geschäftsausschusses:

Für die Reserve-Sanitätsoffiziere soll ein militärisches Ehrengericht aus Reserve-Sanitätsoffizieren analog dem der Reserveoffiziere geschaffen werden. (Referent: Dr. Vogel).

VII. Die Hebammenfrage. (Referent noch nicht ernannt).

VIII. Zwei Anträge Leipzig-Land (falls noch die nötige Unterstützung eingeht):

a) Der Aerztetag wolle beschließen, daß durch den Geschäftsausschuß bzw. durch den Vorstand des L. V. eine Taxkommission zu errichten ist, die die vorhandenen Gebührenordnungen zu überwachen, auf zeitgemäßem Stande zu erhalten bezw. durch eine gemeinsame Taxe zu ersetzen hat. Die Kommission soll aus drei möglichst an einem Orte wohnenden Aerzten bestehen, die das Recht der Zuwahl haben; jedes Jahr hat die Kommission dem Aerztetage über ihre Tätigkeit Bericht zu erstatten.

b) Der Aerztetag möge beschließen: es wird eine Auskunftsstelle für Aerzte in Geld- und Bankangelegenheiten entweder durch den Geschäftsausschuß oder durch den Vorstand des L. V. errichtet, durch die der deutschen Aerzteschaft in allen solchen Fragen kostenlose sachverständige Auskunft erteilt wird.

(Referent noch nicht mitgeteilt.)

Am Dienstag, den 2. Juni d. J. findet in Leipzig (Hotel Palmbaum) vormittags 9 Uhr eine außerordentliche **Tagung der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens** mit folgender Tagesordnung statt: 1. Besprechung und Abstimmung über eine geplante Fusion mit der zwanglosen Vereinigung der Leiter von Wöchnerinnenasylen. 2. Abstimmung über die in Halle zurückgestellte Resolution des Vorstandes (vgl. Annalen, Jahrg. 1913, Heft 3, S. 240). 3. Besprechung und Anträge über die „Annalen". 4. Besprechung über die

seit der Versammlung in Halle bestehende Lage der Vereinigung. 5. Verschiedenes.

Für den Tag vorher (Pfingstmontag den 1. Juni) ist Abends 8 Uhr in demselben Hotel eine gemütliche Zusammenkunft vorgesehen.

Hebammen-Alters- und -Erholungsheim in Thale am Harz. Am 12. Juni 1911 ist in einer Sitzung des Magdeburger Hebammenvereins unter großer Begeisterung beschlossen, ein Heim für altersschwache und erholungsbedürftige Hebammen zu begründen. Der Vereinsvorstand ist sogleich rührig ans Werk gegangen, hat an die Vereine der Provinz Sachsen Sammellisten geschickt, besonders die eigenen Vereinsmitglieder zu eifriger Mitarbeit angespornt und vor allem im Herbst v. J. von dem Herrn Oberpräsidenten von Hegel die Bewilligung einer Lotterie erreicht.

Auf diese Weise sind etwa 35000 M. zusammengebracht, eine im Verhältnis zu den aufgewandten Mühen und Anstrengungen nicht erhebliche Summe, die keinesfalls für den geplanten Neubau ausreicht. Inzwischen ist es aber durch einen besonderen Glückszufall gelungen, in Thale im Harz ein als Pensionat eingerichtetes Haus billig zu erwerben, das bereits in diesem Sommer für etwa 20 altersgebrechliche und erholungsbedürftige Hebammen zur Verfügung steht. Die Einweihung soll am 12. Juni d. J. stattfinden. Damit ist zwar das langersehnte Ziel erreicht, aber noch nicht die schwere Sorge gehoben inbezug auf die Kosten für die Unterhaltung des Heims. Es soll allerdings von den Hebammen, die das Heim aufsuchen, eine kleine Entschädigung für die volle Pension gezahlt werden, aber doch nur, so weit sie dazu in der Lage sind, während den Hebammen, die nichts bezahlen können, womöglich gänzlich freie Unterkunft gewährt werden soll. Es ist deshalb geplant, daß die Hebammen der Provinz Sachsen eine regelmäßige freiwillige Steuer im Betrage von 10 Pf. für jede ihnen bezahlte Entbindung beitragen sollen; desgleichen ist die gesamte deutsche Hebammenschaft zu Beiträgen aufgefordert; denn das neugegründete Hebammenheim soll, soweit der Platz reicht, nicht nur für die Hebammen der Provinz Sachsen, sondern für alle deutschen Hebammen, die Aufnahme bedürftig sind, zur Verfügung stehen. Vielleicht darf der Unterzeichnete auch die Herren Kollegen bitten, für das neue Heim ein kleines Scherflein beizutragen; denn wenn er auch recht gut weiß, daß von den Medizinalbeamten stets für alle möglichen Wohltätigkeitszwecke Gelder abverlangt werden, so glaubt er doch, daß in diesem Falle seine Bitte eine Berechtigung hat und deshalb eine wohlwollende Aufnahme finden wird, da ja den Herren Kollegen am besten bekannt ist, wie schwer der Hebammenstand zu ringen hat, und sie es sich deshalb auch zur besonderen Aufgabe gemacht haben, den Hebammen möglichst zu helfen.

Zur Entgegennahme von Beiträgen (zwei Kollegen haben bereits dauernde Beiträge in Aussicht gestellt) ist Unterzeichneter gern bereit. — Ueber die eingegangenen Gelder soll in dieser Zeitschrift quittiert werden.

Dr. Brummund, Kreis- und Stadtarzt in Magdeburg, Rathaus.

Pest. In Aegypten ist vom 21.—27. Februar nur noch 1 Erkrankung und 1 Todesfall vorgekommen; in Britisch-Ostindien hat die Zahl der Pest-Erkrankungen (Todesfälle) vom 8.—21. Februar: 10739 (9070) 11891 (9888) betragen, in Niederländisch-Indien vom 11.—24 Februar: 577 (523), auf den Philippinen im Januer: 3 (1), in Hongkong vom 8.—14. Februar: 12 (12). in Brasilien (Bahia) vom 8.—24. Januar: 7 (8), in Chile vom 4.—10. Januar: 1 (1), in Peru vom 1. Dezember 1913 bis 18. Januar: 186, in Ecuador im Dezember 1913: 156 (74), in Mauritius vom 1.—29. Januar: 14 (8).

Cholera. Im Januar d. J. sind in Manila (Philippinen) 37 Erkrankungen mit 21 Todesfällen gemeldet.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 1. bis 7. März 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera: Gelbfieber, Rückfallfieber, Fleckfieber, Aussatz, Tollwut, Rotz, Pocken, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: — (—); Milzbrand: 3 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere

3 (—); Unterleibstyphus: 142 (14); Ruhr: 3 (—); Diphtherie: 1985 (141); Scharlach: 1695 (75); Kindbettfieber: 113 (21); Genickstarre: 8 (2); spinaler Kinderlähmung: 3 (1); Trichinose. 3 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 136; Tuberkulose (gestorben) 811.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. St. in A.: Der Erste Staatsanwalt beauftragt den Kreisarzt mit der Untersuchung eines Sekretärs der Staatsanwaltschaft und zwar in dessen Wohnung, zwecks Feststellung, ob dieser wirklich krank und dienstunfähig ist. Gehört die Tätigkeit zu den Dienstgeschäften des Kreisarztes, die er nach § 1 des Gesetzes betr. Gebühren der Medizinalbeamten vom 14. Juli 1909 unentgeltlich zu verrichten hat?

Antwort: Nein! Der Kreisarzt hat dafür Gebühren zu beanspruchen, da es sich um eine vertrauensärztliche Tätigkeit handelt (Min.-Erl. vom 16. September 1909, und Verfügung des Justizministers vom 20. November 1911; s. Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 1, S. 2, Jahrg. 1910 und zu Nr. 5 S. 94, Jahrg. 1912).

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

XXX. Hauptversammlung

am **Dienstag, den 21. April 1914** in **Berlin.**

Tagesordnung:

Montag, den 20. April:

8½ abends: Begrüßungs-Abend (mit Damen) im **„Rheingold“** (Ebenholzsaal); Eingang Potsdamerstraße Nr. 3, eine Treppe hoch.

Dienstag, den 21. April:

9½ Uhr vormittags: Sitzung im **„Rheingold“** (Bankettsaal). Eingang wie vorher.

1. **Eröffnung der Versammlung.**
2. **Geschäfts- und Kassenbericht.**
3. **Die Rauch- und Geräuschplage vom sanitätspolizeilichen und zivilrechtlichen Standpunkte.** Berichterstatter: Kreisarzt Dr. Ascher in Hamm.
4. **Der Identitätsnachweis an zerstückelten Leichen** (mit Demonstrationen). Berichterstatter: Prof. Dr. Ziemke, Gerichtsarzt in Kiel.

Frühstückspause.

5. **Beamteter Arzt und praktischer Arzt.** Berichterstatter: Med.-Rat Dr. Kluge in Wolmirstedt.
6. **Vorstandswahl; Bericht der Kassenrevisoren.**

Nach Schluß der Sitzung findet die General-Versamlung der **„Jubiläumsstiftung“** mit folgender Tagesordnung statt:
a. Geschäfts- und Kassenbericht. b. Vorstandswahl.

6 Uhr nachmittags: Festessen (mit Damen) im **„Rheingold“** (Bankettsaal); Preis des Gedeckes: 5 Mark.

Um recht zahlreiche Teilnahme, auch von Seiten der Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamtenvereins, die freundlichst eingeladen sind, wird gebeten.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins.
Im Auftrage: Prof. Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Geh. Med.-Rat in Minden.

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 8. Ausgegeben am 20. April 1914.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen. Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 8.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

B. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

1. Diphtheritis.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem Prof. Dr. Schultze, Direktor der Universitäts-Nervenklinik und der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen; — das Prädikat Professor: dem Badearzt Dr. Fraenkel in Badenweiler, dem Privatdozenten Dr. Port, Oberarzt an der medizinischen Klinik in Göttingen, dem Privatdozenten Dr. Igersheimer in Halle a. S.; — der Rote Adler-orden IV. Klasse: dem San.-Rat Dr. Stisser in Bücken (Kreis Hoya); —



der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. San.Rat Dr. Simon, bisherigen Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Lüben.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Ehren-Großkomturkreuzes Großherzoglich Oldenburgischen Haus- und Verdienstordens: dem Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner in Berlin; des Kommandeurkreuzes II. Klasse des Herzoglich Braunschweigischen Ordens Heinrichs des Löwen: dem General- und Korpsarzt Prof. Dr. Schumburg in Hannover; des Ritterzeichens I. Klasse des Herzoglich Anhaltischen Hausordens Albrechts des Bären: dem Stabs- und Bataillonsarzt Krüger beim Anhaltischen Inf.-Regt. Nr. 93; des Ehrenkreuzes IV. Klasse des Fürstlich Lippischen Hausordens: dem Oberarzt Dr. Schilling beim Westf. Feldart.-Regt. Nr. 7; des Offizierkreuzes des Kaiserlich Oesterreichischen Franz Josephordens: dem Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. Nicolai beim Gardegrenadierregiment Nr. 4; des Komturkreuzes des Kaiserlich Oesterreichischen Franz Josephordens: dem Arzt Dr. Deutschmann, Leiter einer Augenklinik in Hamburg; des Offizierkreuzes des Königlich Bulgarischen Militärverdienstordens dem Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Eckert beim Gardegrenadier-Regt. Nr. 4; des Ritterkreuzes des Königlich Montenegrinischen Unabhängigkeitsordens: dem Stabs- und Bat.-Arzt Dr. Brüning beim 6. Rhein. Inf.-Regt. Nr. 68; der III. Klasse des Kaiserlich Japanischen Ordens der Aufgehenden Sonne: dem Geh. Med.-Rat Prof Dr. Orth in Berlin; der IV. Klasse desselben Ordens: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kaufmann in Göttingen; der III. Klasse des Kaiserlich Japanischen Ordens des Heiligen Schatzes: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Pfeiffer in Breslau.

Ernannt: Der bisherige Kreisarzt und ständige Hilfsarbeiter bei der Königlichen Regierung in Breslau Dr. Beninde zum Reg.- und Med.-Rat in

---

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **Merck** in **Darmstadt** über „Jodipin" bei, worauf wir noch besonders hinweisen.

---

27. Jahrg. Zeitschrift 1914.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der

Frankfurt a. O.; der Privatdozent für Hygiene und Bakteriologie Prof. Dr. v. Drigalski, Stadtarzt in Halle a. S. zum ordentlichen Honorarprofessor an der dortigen Universität.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Wilcke in Genthin nach Konitz, Med.-Rat Dr. v. Decker, ständiger Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Arnsberg als kommiss. Reg.- und Med.-Rat an die Königl. Regierung in Köslin.

Gestorben: Geh. San.-Rat Dr. Schaberg in Hagen i. W., Kreisarzt Dr. Plothe in Kottbus, Dr. Fritz Udewald in Dortmund, Dr. Schwienhorst, Abteil.-Arzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Marienthal bei Münster i. W., Geh. San.-Rat Dr. Stratmann in St. Goar, San.-Rat Dr. Fechter in Fahr (Reg.-Bez. Koblenz), Schularzt Dr. Maltsch in Elberfeld, Knappschaftsarzt Dr. Kraemer in Katernberg, Dr. Hemmerling in Aachen, Dr. Rehbock in Rölsdorf bei Düren, San.-Rat Dr. Schullian in Haigerloch (Hohenzollern), Stabsarzt a. D. Dr. Martin Krüger in Berlin, Dr. Westhoff in Münster i. W. und San.-Rat Dr. Peyser in Königsberg i. Neum.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel eines Hofrats: dem prakt. Arzt Dr. Paul Landmann in Nürnberg.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Xaver Pickel, Landgerichtsarzt in Eichstätt, Stabsarzt a. D. Dr. Brennfleck in München, Dr. Hans Koerber in Seefeld, Bahnarzt Dr. Bühler in Bad Brunnthal (Niederbayern).

Königreich Sachsen.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Wengler in Glauchau nach Plauen i. V. (Land).

Königreich Württemberg.

Die Erlaubnis erteilt zum Tragen des Ritterkreuzes in Silber des ihm verliehenen Königl. Griechischen Erlöserordens: dem Dr. Sigmund Weck, Assistenzarzt an der chirurgischen Universitätsklinik in Breslau.

aufbaut.

Zunächst ist die Frage zu erörten, ob die echten Diphtheriebazillen ubiquitär auftreten?

[1]) Nach einem auf der Jahresversammlung des pfälzischen Medizinalbeamtenvereins am 17. Dezember 1913 in der K. bakteriologischen Untersuchungsstation Landau gehaltenen Vortrag.

Ernannt: Der bisherige Zentralimpfarzt Dr. Zöppritz in Stuttgart zum Oberamtsarzt für Stuttgart-Amt.

In den Ruhestand getreten: Ob.- Med.-Rat Dr. Walcher, Direktor der Landeshebammenschule in Stuttgart unter Verleihung des Ehrenkreuzes des Ordens der Württembergischen Krone.

Grossherzogtum Baden.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Merk in Pfullendorf nach Kehl.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Medizinalrat: dem San.-Rat Dr. Dugge, Kreisarzt und Privatdozent in Rostock.

Erledigte Stellen.

Königreich Preussen.

Die Stelle des **Kreisassistenzarztes** und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamt in **Stade.** Jahresremuneration 2500 M. Bakteriologische Vorbildung erforderlich. Die Stelle kann auch einem noch nicht kreisärztlich geprüften Arzte vorläufig kommissarisch übertragen werden, wenn er den Bedingungen für die Zulassung znr kreisärztlichen Prüfung genügt und sich zur alsbaldigen Ablegung der Prüfung verpflichtet.

Königreich Württemberg.

Stelle des **Vorstandes und ersten Hauptlehrers** der **Landes-Hebammenschule** in Stuttgart. Gehalt: 4400 M. nebst hälftigem Wohnungszuschuß. Meldungen: binnen 4 Wochen bei dem Königl. Medizinal-Kollegium, Abteilung für die Staatskrankenanstalten.

27. Jahrg. **Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE.** 1914.

Zentralblatt
für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld.
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Nr. 8. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. April.

Aus der K. bakteriologischen Untersuchungsstation Landau, Pfalz.

Ueber Diphtheriebekämpfung.

Von Stabsarzt Dr. **Otto Mayer**, Leiter der Station[1])

Gemäß Verfügung der K. Regierung der Pfalz, Kammer des Innern, vom 15. Oktober 1913 Kreisamtsblatt Nr. 21, Ziff. 1 ist der Untersuchungsstation in Landau von jeder einlaufenden Anzeige einer übertragbaren Krankheit mit Ausnahme von Scharlach und Masern sofort eine Abschrift durch die zuständige Distriktspolizeibehörde zu übersenden." Dadurch ist die Untersuchungsstation in Landau nunmehr amtlich auch zur Diphtheriebekämpfung bestimmt.

Die nachfolgenden Ausführungen sollen die Grundlagen darlegen, auf denen sich die gegenwärtige Diphtheriebekämpfung aufbaut.

Zunächst ist die Frage zu erörten, ob die echten Diphtheriebazillen ubiquitär auftreten?

[1]) Nach einem auf der Jahresversammlung des pfälzischen Medizinalbeamtenvereins am 17. Dezember 1913 in der K. bakteriologischen Untersuchungsstation Landau gehaltenen Vortrag.



Dieser Auffassung steht die Ansicht fast aller Autoren gegenüber, die sich in den bakteriologischen, der praktischen Bekämpfung dienenden Untersuchungsanstalten mit der Epidemiologie der Diphtherie beschäftigt haben. So konnte Scheller im Gegensatze zu den häufigen Befunden von Diphtheriebazillen bei Gesunden in der Umgebung von Diphtheriekranken in Hunderten von Fällen, die sicher nicht mit Diphtheriekranken in Berührung gekommen waren, niemals Diphtheriebazillen finden. Auch Tjaden hat schon 1907 berichtet, daß bei 305 aus den verschiedensten Gegenden der Stadt Bremen stammenden Menschen, die mit Diphtheriekranken nicht in Berührung gekommen waren, keine Diphtheriebazillen gefunden werden konnten, während die Umgebungsuntersuchungen Diphtheriekranker 14,5 % der Mütter, 10 % der Geschwister, 8,8 % der Hausgenossen, 7,7 % der Väter als Ausscheider von ansteckungsverdächtigen Diphtheriebazillen aufdeckten.

Scheller hat sich auch bei der 7. Tagung der freien Vereinigung für Mikrobiologie am 31. März 1913 noch zu der oben angegebenen Anschauung bekannt; aus Bremen hat ebenfalls bei der gleichen Gelegenheit Meyer den Standpunkt des dortigen hygienischen Instituts dahin präzisiert, daß der echte Diphtheriebazillus sicher nicht ubiquitär sei; er finde sich nur beim Diphtheriekranken bezw. -Rekonvaleszenten, sowie in dessen nächster Umgebung.

Löffler, der Entdecker des Diphtheriebazillus, ist auch der Ansicht, daß Diphtheriebazillenausscheidung nur bei Personen vorkomme, die direkt oder indirekt in nähere Beziehung zu Diphtheriekranken getreten sind.

Dieser Anschauung schließen sich auch Sobernheim und Seligmann, v. Drigalski und viele andere namhafte Forscher auf dem Gebiete der Diphtherieepidemiologie an.

Nachdem also eine Ubiquität des echten Diphtheriebazillus nicht angenommen werden kann, ist eine Bekämpfung der Diphtherie durch Isolierungsmaßnahmen bei allen Personen, die Diphtheriebazillen ausscheiden, möglich. Diese hat, wie beim Typhus, um so mehr Aussicht auf Erfolg, je frühzeitiger die Diagnose Diphtherie beim ersten verdächtigen Fall in einer Ortschaft gestellt, je umfassender die Durchuntersuchung der Umgebung des Kranken auf die Beherbergung von Diphtheriebazillen vorgenommen und die Isolierung aller mit diesem Falle im Zusammenhang stehenden Diphtheriebazillenauscheider bis zur bakteriologischen Genesung durchgeführt wird.

Je länger wirksame Bekämpfungsmaßnahmen ausbleiben, eine desto größere Verbreitung der Diphtheriebazillen findet statt, auf der Höhe — aber nur dann — einer großen Diphtherieepidemie kann man schließlich, wie auch bei anderen Erkrankungen, die sich auf dem Luftwege verbreiten und gegen die eine Immunisieruug nach einmaligem Ueberstehen nicht stattzufinden pflegt (Influenza, epidemische Genickstarre), von

einer Ubiquität des Diphtheriebazillus in der betreffenden befallenen Ortschaft sprechen.

Für die Uebertragung der Diphtherie kommen, wie schon aus den vorstehenden Sätzen hervorgeht, nicht nur Diphtheriekranke, sondern auch Rekonvaleszenten von Diphtherie, vorübergehende gesunde Keimträger und Dauerausscheider von Diphtheriebazillen in Betracht. Letztere entstehen meist nach einer Erkrankung an Diphtherie, können sich aber auch zuweilen aus gesunden Keimträgern entwickeln.

Ueber die Infektionsgefahr, die von Keim- und Dauerträgern sowie von Leuten mit chronischer Diphtherie ausgehen kann, mögen folgende besonders markante Beispiele Aufschluß geben:

Als Beispiel für die Gefährlichkeit unbekannter Diphtheriebazillenträger in Schulen erwähnt Sobernheim,[1]) daß von einem chronischen Bazillenträger in Berlin, der ohne Wissen der Untersuchungsstation sich in die Schule begeben hatte, 4 in der Reihe vor ihm befindliche und 2 in der gleichen Reihe sitzende Kinder infiziert wurden. Die 4 Kinder vor dem Bazillenträger erkrankten an Diphtherie, die 2 neben ihm sitzenden wurden nur Bazillenträger.

Als ein weiteres Beispiel für Infektion in Schulen durch Bazillenträger erwähnen Ceradini und Isonni[2]), daß sie als Infektionsquelle eines an Diphtherie erkrankten Kindes den Nebenmann in der Schule herausfanden, der 15 Monate vorher an Kehlkopfdiphtherie erkrankt gewesen war und im Rachen für Meerschweinchen äußerst virulente Diphtheriebazillen beherbergte.

Die Gefahr, die von erwachsenen Bazillenträgern ausgehen kann, beleuchte ich durch folgende Beispiele:

Scheller, der mit zu den erfahrensten Forschern in der Epidemiologie der Diphtherie gehört, erwähnt zahlreiche Fälle, in denen Aerzte als gesunde Diphtheriebazillenausscheider ihre Angehörigen infizierten. Er konnte selbst einen solchen Fall beobachten, in dem ein Arzt, der Diphtheriebazillen beinahe in Reinkultur beherbergte, ohne selbst zu erkranken, sein Kind infizierte.

In neuester Zeit teilte Martini[3]) mit, daß in einer Familie durch ein Dienstmädchen, das am 1. Februar 1913 aus einem Diphtheriehause ausgetreten war, am 18. Februar der Sohn der neuen Herrschaft durch Diphtheriebazillen infiziert wurde. Am 2. März starb dieses Kind wahrscheinlich wegen ungenügender Serumbehandlung. Nach dessen Tode erkrankte trotz Wohnungsdesinfektion am 5. April die Tochter des Hauses, am gleichen Tage der Hausbesuch, am 16. April die Pflegeschwester. Bei dem Dienstmädchen fanden sich Diphtheriebazillen in beiden Nasenlöchern nahezu in Reinkultur.

Die Feststellung, daß in dem Hause, in dem das Dienstmädchen vor dem 1. Februar gedient hatte, die Hausfrau an Diphtherie und das Mädchen selbst gleichzeitig mit der Hausfrau an einer mit blutig eitriger Borkenbildung einhergehenden Nasenentzündung erkrankt war, die keinem Arzte gezeigt oder auch nur mitgeteilt war, wurde erst nach den oben genannten Fällen gemacht. Nach Entfernung des Mädchens aus dem Haushalt und nachdem die Schlußdesinfektion nach Bazillenfreiheit der Kontakte vorgenommen worden war, ereigneten sich keine weiteren Diphtheriefälle im Zusammenhange mit diesem Herde.

Martini erwähnt noch einen zweiten Fall, in dem ein Dienstmädchen die Diphtherieübertragung verursachte und sich erst später als Bazillenträgerin entpuppte.

Interessant ist bei diesen Fällen auch, daß die Tochter des Hauses nur durch Einspritzung von 36 000 Immunisierungseinheiten gerettet werden konnte. Der Vater, der den Tod seines Sohnes auf die Einspritzung von Diphtherie-

[1]) Bericht über die 7. Tagung der freien Vereinigung für Mikrobiologie in Berlin 1913. Zentr.-Bl. für Bakt. Ref.; Bd. 57, 14. Juni 1913, Nr. 14—22.

[2]) Zentr.-Bl. für Bakt. Ref.; Bd. 46, S. 611.

[3]) Deutsche med. Wochenschrift; 1913, Nr. 34, S. 1645.

heilserum zurückführte, hatte sich gegen eine Serumbehandlung seiner Tochter solange gewehrt, bis diese hoffnungslos an septischer Nasenrachendiphtherie mit Befallensein der Nieren (15 pro Mille Eiweiß, hyaline und Epithelzylinder, rote und weiße Blutkörperchen, Puls schwach, 120, oft in Stärke und Zahl wechselnd) darniederlag. Am 15. April wurden 4500, am 16.: 7500, am 19.: 12000, am 25. nochmals 12000 Antitoxineinheiten eingesprizt. Der Vater wurde nach der in unmittelbarem Zusammenhange mit den Injektionen auftretenden Besserung und Genesung seiner Tochter aus einem strikten Gegner ein begeisterter Verfechter der Serumbehandlung.

Besonders zu beachten sind die Fälle von chronischer Diphtherie:

Gabriel beschreibt einen Fall, in dem die Bettnachbarin und die Pflegeschwester einer Patientin, die an chronischer Diphtherie litt, ebenfalls an Diphtherie erkrankten.

Scheller teilt einen Fall von chronischer Diphtherie mit, den er etwa 3 Jahre lang verfolgen konnte und bei dem er stets Diphtheriebazillen nachwies. Aehnliche Befunde erhoben E. Neißer und Kahnert[1])

Außer chronischer Rachendiphtherie kommen besonders Rhinitis fibrinosa und Nasendiphtherie, ferner Erkrankungen der Schleimhaut der Paukenhöhle, der Nebenhöhlen der Nase und der Augenbindehäute in Betracht.

Gabriel[2]) beschreibt einen Fall, in dem ein 22 Jahre altes Dienstmädchen nach akuter Diphtherie alle paar Monate mit akuten Halserscheinungen erkrankte. Auch zwischendurch seien ständig geringe Halsbeschwerden vorhanden gewesen. In den Schleimabsonderungen waren stets Diphtheriebazillen nachzuweisen. Dieser Befund war noch nach 7 Monaten trotz größter therapeutischer Bemühungen der gleiche.

Diese Fälle mögen genügen, um die Gefährlichkeit von Diphtheriebazillenausscheidern aller Art darzutun.

Gut beobachtete Einzelfälle, die von maßgebenden Autoren mitgeteilt werden, sind beweisender als unbelebte Massenstatistiken, bei denen Fehler nicht vermieden werden können.

Unter Berücksichtigung der eben geschilderten Gesichtspunkte ergibt sich die Bekämpfung von selbst. Sie besteht im wesentlichen abgesehen von therapeutischen Maßnahmen zur Behebung der Krankheit in der Absonderung aller Personen, in deren Ausscheidungen Diphtheriebazillen nachgewiesen werden, auf die Dauer der Ausscheidung.

Zur Feststellung der Ausscheider von Diphtheriebazillen sind zunächst alle klinisch sicheren und verdächtigen Fälle auf die Beherbergung von Diphtheriebazillen bakteriologisch zu untersuchen.

Die Untersuchung muß ferner auf alle jene Personen ausgedehnt werden, die in der Umgebung der Kranken verdächtig sind, Diphtheriebazillen von diesen aus aufgenommen oder als Keimträger bezw. Dauerausscheider an diese abgegeben zu haben.

Bei einer Diphtherieepidemie und in der Umgebung von bekannten Diphtheriebazillenausscheidern sind auch alle unspezi-

---

[1]) Zitiert bei Löffler. Klin. Jahrbuch; Bd. 19, S. 509.

[2]) Beitrag zur Kenntnis des chronischen Rachendiphtheroids. Berl. klin. Wochenschrift; 1908, Nr. 23.

fischen akuten Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes, in denen Beläge auftreten, daraufhin zu untersuchen, ob sie durch Diphtheriebazillen hervorgerufen wurden (Erkrankungen der Nase, bei denen sich blutig eitrige Borkenbildung findet, alle Erkrankungen des Nasenrachenraumes, bei denen Beläge auftreten, ebensolche Erkrankungen des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Augenbindehaut).

Die Untersuchung ist nach einem positiven Befunde bei Kranken vom Zeitpunkt der Entfieberung ab innerhalb der nächsten 14 Tage mindestens 3mal zu wiederholen und die Isolierung erst dann aufzuheben, wenn sämtliche Untersuchungen innerhalb dieser Zeit negativ gewesen sind.

Wird ein klinisch sicherer Diphtheriefall während der Fieberperiode bakteriologisch nicht bestätigt, so sind trotzdem vom Zeitpunkt der Entfieberung ab im Verlaufe der nächsten 14 Tage die eben erwähnten 3 Schlußuntersuchungen zu veranlassen. Es ist nämlich in solchen Fällen keineswegs ausgeschlossen, daß während der Rekonvaleszenz Diphtheriebazillen gefunden werden. Tritt innerhalb dieser Zeit eine Entkeimung nicht ein, so ist die Untersuchung bis 6 Wochen nach der Entfieberung in 8tägigen Zwischenpausen zu wiederholen und, wenn selbst dann noch Diphtheriebazillen gefunden werden, alle 3 Wochen wieder vorzunehmen.

In analoger Weise ist bei Keimträgern zu verfahren, nur mit dem Unterschiede, daß hier vom ersten positiven Bazillenfunde ab gerechnet wird.

Ist nach einer Beobachtungszeit von 6 Wochen Bazillenfreiheit noch nicht eingetreten, so muß die Absonderung aufgehoben werden. Gleichzeitig müssen aber mit den Eltern, Lehrern und Arbeitgebern Vereinbarungen getroffen werden, um die Gefährlichkeit der Diphtheriebazillenträger nach Möglichkeit einzuschränken.

Bei Schulkindern wird man beantragen, daß Dauerausscheider zwar wieder zum Schulbesuche zugelassen, aber von den anderen Kindern getrennt auf die erste Bank gesetzt werden, damit es ihnen nicht möglich ist, durch Tröpfchenversprühung Vorder- und Nebenmann anzustecken.

Dienstmädchen sind von der Kinderpflege und von Nahrungsmittelbetrieben fern zu halten. Auch sonstige Personen, die Diphtheriebazillen ausscheiden, dürfen in Nahrungsmittelbetrieben nicht beschäftigt werden.

Zur Behandlung von Diphtheriebazillenträgern können Gurgelungen mit 3%tigen Wasserstoffsuperoxydlösungen und Einblasungen von Jatren (bis 0,5 Gramm pro Dosi) empfohlen werden.

Eine prophylaktische Impfung soll nicht nur bei der Umgebung von Kranken, sondern auch bei der von Diphtheriebazillendauerausscheidern durchgeführt werden, besonders wenn von diesen schon einmal Infektionen veranlaßt worden sind.

Es ist zu hoffen, daß die von Schick[1]) angegebene Diphtherietoxinhautreaktion des Menschen als Vorprobe der prophylaktischen Diphtherieheilseruminjektion an einem großen Material volle Bestätigung findet, so daß man durch sie diejenigen Personen herausfinden kann, die einer Schutzimpfung bedürfen.

Da bei Diphtherie das Bazillenträgertum im Gegensatze zu Typhus bei ca. 75 % der Rekonvaleszenten und Keimträger nur bis zu 3 Wochen dauert, entstehen bei der Durchführung der angegebenen Isolierungsmaßnahmen weit weniger Schwierigkeiten wie bei Typhus. Die Isolierung von Bazillenausscheidern bei Diphtherie ist auch deshalb leichter durchzuführen wie bei Typhus, weil es sich bei den Befallenen ja fast ausnahmslos um Personen handelt, die noch nicht im erwerbsfähigen Alter stehen.

Die Epidemien sind vorwiegend Schulepidemien und greifen für gewöhnlich erst dann auf Erwachsene über, wenn durch Nichtbeachtung der Absperrungsmaßnahmen eine sehr weite Verbreitung des Infektionsstoffes und damit eine Virulenzsteigerung des infizierenden Stammes stattgefunden hat. Dies finden wir mit Ausnahme von Epidemien in Internaten wie Kasernen, Schlafhäusern, Gefängnissen u. s. f. auch bei anderen Infektionskrankheiten, die für gewöhnlich im freien Verkehr auf das Kindesalter beschränkt sind, wie z. B. bei epidemischer Genickstarre (Schlesien) und der akuten epidemischen Kinderlähmung (Schweden).

An Stelle des Schulschlusses haben Sobernheim und Seligmann bei Diphtherieepidemien in Schulen mit Erfolg die bakteriologische Durchuntersuchung der Schulen und die Isolierung der herausgefundenen Bazillenträger bis zur bakteriologischen Genesung treten lassen.

Die Schlußdesinfektion ist nach diesen Gesichtspunkten ebenso wie bei Typhus von der bakteriologischen Untersuchungsstation zu beantragen, wenn sie sich nicht infolge eines Todesfalles oder der Verbringung eines Kranken aus der Behausung in ein Krankenhaus oder eine andere Wohnung bei Abwesenheit von Keimträgern von selbst ergibt.

Ueber die Behandlung der diphtherischen Erkrankungen selbst sei hier vom bakteriologischen Standpunkt aus nur kurz gesagt, daß große Dosen Antitoxineinheiten in kleinen Mengen Serum wegen der Anaphylaxiegefahr auf einen kurzen Zeitraum zusammengedrängt werden müssen.

Um die Anaphylaxiegefahr, die im übrigen nicht so groß ist, als z. Z. vielfach angenommen wird, bei solchen Personen, die prophylaktisch geimpft wurden, trotzdem aber nach längerer Zeit an Diphtherie erkranken, auszuschließen, empfiehlt es sich, die prophylaktische Impfung nicht mit Pferdeserum, sondern mit dem von den Hoechster Farbwerken, vormals Meister

---

[1]) Münchener med. Wochenschrift; 1913, Nr. 47, S. 2608.

Lucius und Brüning, in den Handel gebrachten prophylaktischen Diphtherieserum „Hoechst“, in dem das Antitoxin in Rinderserum enthalten ist, vorzunehmen. Es wird Nr. O. R. mit 200 J. E. und Nr. J. R. mit 500 J. E. zum Apothekenpreise von 1 Mark für ersteres und 2 Mark 50 Pfg. für letzteres in den Handel gebracht.

Das neue v. Behringsche Schutz- und Heilmittel für Diphtherie ist bis jetzt der Allgemeinheit noch nicht übergeben, so daß es vor der Hand für die allgemeine Bekämpfung der Diphtherie noch ausscheidet.

Zur Entnahme diphtherieverdächtigen Materials sind in allen Apotheken der Pfalz von der hiesigen Untersuchungsstation sterilisierte Wattetupfer in den sogenannten Gefäßen T deponiert. Für gewöhnlich sind in einer Apotheke 12 solche Gefäße vorrätig. Der Bestand wird alle Vierteljahre auf diese Zahl ergänzt. Wird größerer Bedarf an Untersuchungsgefäßen notwendig, so können von der Station jederzeit beliebige Mengen bezogen werden. — Abgabe und Untersuchung erfolgt kostenlos. Versandkuverts und Untersuchungsantragsformulare werden beigegeben. Die Kuverts enthalten die aufgedruckte Adresse der Untersuchungsstation und sind durch Abstempelung frankiert.

Will ein Arzt eine bakteriologische Untersuchung auf Diphtherie vornehmen lassen, so braucht er also nur ein Entnahmegefäß und ein Untersuchungsantragsformular aus der nächsten Apotheke abzuholen, den Belag gemäß nachfolgender Anweisung abzunehmen, daß Entnahmegefäße mit Namen, Stand, Alter und Wohnort zu etikettieren und den Untersuchungsantrag auszufüllen, sowie Gefäß und Antrag in dem verschlossenen Versandbeutel in den nächsten Postkasten zu werfen.

Um die bakteriologische Untersuchung bei Diphtherieerkrankungen allmählich in der Pfalz einzuführen, sende ich nach dem Eintreffen der Anzeigen von Diphtheriefällen nachstehende Mitteilung an die praktischen Aerzte hinaus:

J.-Nr. . . .

K. Bakteriologische Untersuchungsstation Landau. — Landau, Pfalz, den . . . . 19 . .

Mitteilung.

Ich ersuche, von de . am . . . . an Diphtherie erkrankten . . . .
aus . . . .
möglichst umgehend mindestens einmal Material aus dem Nasenrachenraum zur bakteriologischen Untersuchung einsenden zu wollen.

Die Schlußdesinfektion soll erst beantragt werden, wenn vom Zeitpunkt der Entfieberung ab 3 im Verlauf von 14 Tagen vorgenommene bakteriologische Untersuchungen negativ gewesen waren.

Letztere Untersuchungen sollen bei klinischer Diphtherie auch dann veranlaßt werden, wenn die während der Krankheit vorgenommenen Untersuchungen negatives Ergebnis hatten.

Mit vorzüglicher Hochachtung
Der Leiter.

NB. Diphtherieabstrichröhrchen stehen in den Apotkeken unentgeltlich zur Verfügung; größere Mengen können von der Station direkt bezogen werden.

Es ist nun noch die für die Diphtheriebekämpfung ungemein wichtige Frage zu besprechen, wer die Entnahme des Nasen-Rachenmaterials in denjenigen Fällen vornehmen soll, in denen die Befallenen schon aus der ärztlichen Behandlung entlassen sind?

Der Bezirksarzt kann unmöglich in allen Fällen die Entnahme vornehmen. Ich befürworte deshalb die Aufstellung von Fürsorgeschwestern in den einzelnen Distrikten, die mit Belehrung der Bevölkerung und Entnahme des Materials betraut werden sollten. Da es sich um einen Eingriff handelt, der auch von nicht ärztlichem Personal vorgenommen werden darf, bestehen keine prinzipiellen Bedenken gegen die vorgeschlagene Einrichtung.

Die Aufstellung von Fürsorgeschwestern für diesen Zweck müßte sich natürlich möglichst an schon vorhandene Einrichtungen anlehnen. Eine solche Schwester kann selbstverständlich nicht nur für die Diphtheriebekämpfung allein bestimmt werden, sondern müßte auch die Tuberkulose-Fürsorge, den Säuglings- und Mutterschutz nach anderwärts bewährtem Muster mit durchführen helfen.

Die Fürsorgeschwester ist m. E. eine in jeder Beziehung wünschenswerte Hilfe für die Herren Amtsärzte bei der Ueberwachung der Infektionskrankheiten und der Durchführung hygienischer Fragen. Eine solche Zwischenstelle nach Art der Gewerbe-Inspektorinnen ist für die vielfachen modernen Aufgaben der Gesundheitspolizei ein notwendiges Ausführungsorgan der gesundheitspolizeilichen Anordnungen der einzelnen Bezirksämter.

Auch die Kontrolle der Durchführung der fortlaufenden Desinfektion am Krankenbett würde ihr unter Aufsicht des Bezirksarztes obliegen und in ihren Händen würden die Maßnahmen der Behörden den vielfach abstoßenden rein polizeilichen Charakter mehr und mehr verlieren. — Die Kosten müßten auf Distriktsfonds übernommen werden.

An vielen Stellen brauchen bestehende Einrichtungen, namentlich bei der Tuberkulosefürsorge nur ausgebaut zu werden, um den geschilderten Zweck zu erreichen.

Die vom K. bayer. Staatsministerium des Innern für die Entnahme, Verpackung und Versendung von Abstrichen und Rachenbelägen, Schleim, Lochialsekret in Versandvorrichtung hinausgegebene Anweisung lautet:

„Die bereits sterilisierte Wattetupfersonde wird an ihrem Korke gefaßt und aus dem Glasröhrchen herausgezogen. Hierauf wird die zu untersuchende Stelle unter sanften Druck mit dem Wattepauschen abgerieben und die Sonde sofort wieder in das Röhrchen fest eingesetzt. Wenn das Röhrchen hierbei außen beschmutzt worden sein sollte, muß es vor der Verpackung, doch erst nach sicherem Verschluß mit einer wirksamen Desinfektionsflüssigkeit abgewaschen werden. Das Röhrchen wird in die Holzhülse, diese zusammen mit dem Untersuchungsantrag in den Versandbeutel geschoben. Der Verschluß des Beutels erfolgt mit Hilfe der beigegebenen Zinke und des an ihm befestigten Heftpflasterstreifens.

Rachenbeläge zur Untersuchung auf Diphtherie werden folgendermaßen abgenommen:

Die Probeentnahme geschieht am besten vor Anwendung irgendeines örtlichen Antiseptikums. Jedenfalls soll ein solches nicht während der letzten 2—3 Stunden vor der Entnahme angewendet werden. Dagegen ist es zweckmäßig, vor der Entnahme den Hals des Kranken mit lauem Wasser ausgurgeln zu lassen. Da die Diphtheriebazillen hauptsächlich in dem grauweißen Belage der Schleimhaut sitzen, ist die Probe wenn möglich von deutlich belegten Stellen zu entnehmen."

Ueber die Untersuchung selbst seien noch folgende Bemerkungen angefügt:

Außer der Untersuchung eines einfachen Ausstrichpräparates wird in jedem Falle noch das Kulturverfahren, und event. der Tierversuch angeschlossen.

Nach genauen Prüfungen, die von M. Neißer-Frankfurt angestellt wurden, hat sich ergeben, daß bei richtig entnommenen und eingesandten Abstrichen es möglich ist, die Diphtheriebazillen noch nachzuweisen, wenn sie im Verhältnis von einem Diphtheriebazillus auf mehrere Tausend anderer Bakterien vorhanden sind.

In manchen Fällen wird man allerdings öfter untersuchen müssen, bis man die Diphtheriebazillen nachweisen kann, es findet dies aber doch nur in einer beschränkten Zahl von Fällen statt.

Anderseits werden Diphtheriebazillen in einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Erkrankungen getroffen, die sich klinisch entweder nur als Diphtherieverdacht oder sogar als unverdächtig präsentieren.

Nach M. Neißer reicht die ärztliche Frühdiagnose nur in etwa 50% der Fälle zur klinischen Stellung der Diagnose Diphtherie aus.

Die bakteriologische Diagnose wird in folgenden Fällen gestellt:

Die Diagnose kann in einer Anzahl von Fällen von einem geübten Untersucher schon auf Grund des einfachen Ausstrichpräparates auf dem Objektträger gestellt werden. Wenn möglich, werden zwei Untersucher zur Stellung der Diagnose herangezogen, die vollkommen getrennt voneinander arbeiten müssen.

Differentialdiagnostisch kommen Pseudodiphtheriebazillen und Xerose-Stämme in Betracht.

Bei frischer Rachendiphtherie genügt zur Mitteilung einer vorläufigen Diagnose der Befund von Leukozyten, Fibrin, verhältnismäßig wenig Bakterien, unter denen sich kleine Haufen von typisch gestalteten und gelagerten Diphtheriestäbchen mit ausgesprochener Doppelfärbung befinden. Das Vorhandensein von Leukozyten oder Leukozytenresten und Fibrin ist dabei gegenüber diphtheroiden Bakterien neben der Zahl der gekörnten Bazillen maßgebend.

Für Augen-, Haut-, Nasen- usw. Krankheitsfälle verlangt Neißer für ein positives Urteil aus Originalmaterial ein so reichliches Vorhandensein der Bazillen und so typisches Aus-

sehen, also vor allem reichliche und deutliche Doppelfärbung in typisch geformten und gelagerten Bazillen, daß Irrtümer ausgeschlossen sind.

Auf Grund des Kulturverfahrens darf die Diagnose Diphtherie gestellt werden, wenn nach 6, 20 oder bei Rekonvaleszenten und Dauerausscheidern nach 44 Stunden Kolonien von typisch gelagerten und geformten Bazillen gefunden werden, die bei der Doppelfärbung reichlich Körnchenbildung aufweisen. Wichtig ist das nach 6 Stunden angefertigte mit Fuchsin gefärbte Klatschpräparat.

In allen nicht ganz zweifelsfreien Fällen ist eine Reinkultur anzulegen und zu prüfen auf:

1. Wachstum in hoher Traubenzuckeragarschicht.
2. Säurebildung in mit Traubenzucker, Fruktose, Mannose versetztem Nährboden und quantitativ in Bouillon.
3. Wachstum auf der Conradi-Trochschen Tellurplatte.
4. Im Tierversuch (entweder nach der Subkutan- oder der Intrakutanmethode).

Aus dem Königl. Medizinaluntersuchungsamt in Stade.
(Vorsteher: Kreisarzt Dr. Mohrmann.)

Erfahrungen über neuere Methoden in der Diphtheriediagnose.

Von Dr. P. Wern, Kreisassistenzarzt.

Das Bestreben, die bakteriologische Diagnose der Diphtherieerkrankung zu beschleunigen und zu vereinfachen, gab Veranlassung zu einer Reihe von Neuerungen, von denen wir hier im Medizinaluntersuchungsamt drei einer Nachprüfung unterzogen haben. Es sind dies die von Gins modifizierte M. Neissersche Doppelfärbung der Diphtheriebazillen, ferner den von Conradi und Troch[1]) empfohlenen Tellurnährboden, sowie den Gallenährboden von v. Drigalski und Bierast.[2]). Die Ergebnisse dieser Nachprüfungen möchte ich hier kurz mitteilen:

1. Um eine bessere Färbung der Diphtheriebazillen zu erzielen, schlug Gins[3]) vor, die Präparate zwischen den beiden Akten der Neisserschen Doppelfärbung einer kurzen Behandlung mit einer Jod-Milchsäurelösung zu unterziehen. Die genaue Vorschrift der Färbung nach Gins ist folgende:

1. Färbung mit Neisser einige Sekunden, Abspülen mit Wasser.
2. Uebergießen mit Lugolscher Lösung, die auf 100 Teile 1 Teil konzentrierte Milchsäure enthält. Nach 2—5 Sekunden gründlich mit Wasser abspülen.
3. Nachfärben mit Chrysoïdin einige Sekunden, Abspülen, Trocknen.

Gins erprobte seine Methode an 385 frischen Fällen in der Weise, daß er von jedem Falle je 2 Originalausstrich-

---

[1]) Conradi und Troch. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr, 30.
[2]) v. Drigalski und Bierast. Deutsche med. Wochenschrift; 1913.
[3]) Gins. Deutsche med. Wochenschrift; 1913, p. 502.

präparate anfertigte, von denen er die einen nach seiner Methode, die anderen in der gewöhnlichen Weise nach Neisser färbte. In 155 von diesen 385 Fällen wurden durch das Kulturverfahren später Diphtheriebazillen nachgewiesen. In den Originalausstrichpräparaten, die von diesen 155 Fällen hergestellt worden waren, konnte er nach seiner Methode in 59 % der Fälle Diphtheriebazillen nachweisen, während ihn dies in den mit Neisser gefärbten Präparaten nur in 29 % der Fälle gelang.

Gildemeister und Günther[1]) haben die Ginssche Färbemethode an 250 frischen Nasen- und Rachenabstrichen nachgeprüft, von denen 85 durch das Kulturverfahren als positiv sich erwiesen. Von diesen 85 Fällen waren im Originalausstrichpräparate nach Gins 40 (= 47,1 %), nach Neisser dagegen nur 20 (= 23,5 %) positiv.

Wir haben die Originalausstrichpräparate, die wir grundsätzlich von jedem zur Diagnose eingeschickten Abstriche anfertigen, seit Oktober 1913 nach der Ginsschen Methode gefärbt, während sie früher nach Neisser gefärbt worden waren. Von 553 Originalausstrichen, die mit Gins gefärbt wurden, erwiesen sich durch das Kulturverfahren 213 als positiv. Davon wurden 91 (= 43 %) bereits im Originalausstrich als positiv erkannt. Von 612 Originalausstrichen, die vom 1. Januar bis 1. Juli 1913 angefertigt und nach Neisser gefärbt worden waren, wurden 225 durch das Kulturverfahren als positiv ermittelt. Von diesen 225 Fällen wurden in 74 (= 32 %) Originalausstrichen Diphtheriebazillen gefunden. Mit der Ginsschen Methode gelang es also, den Diphtheriebazilllennachweis im Originalausstrich von 32 % auf 43 % zu erhöhen, wobei ich noch besonders betonen möchte, daß alle im Originalausstrich als positiv erkannten Fälle durch das spätere Kulturverfahren bestätigt wurden, ein Beweis, daß die Sicherheit der Diagnose durch dieses Verfahren nicht gelitten hat.

Der Vergleich dieser Zahlen gibt zwar insofern kein absolut richtiges Bild von der Ueberlegenheit der einen Methode gegenüber der anderen, als die beiden Färbemethoden dabei nicht an ein und denselben Fällen erprobt wurden. Diese Fehlerquelle dürfte jedoch kaum nennenswert sein. Anderseits fällt bei dieser Art des Vergleiches der Einwand weg, daß bei Anfertigung von 2 Originalausstrichen von demselben Falle der zweite Ausstrich naturgemäß dünner ausfällt und daher weniger Keime enthält, wenngleich auch diese Fehlerquelle nach den Untersuchungen von Gildemeister und Günther das endgültige Zahlenverhältnis kaum nennenswert beeinflußt.

Während Gins, sowie Gildemeister und Günther bei Anwendung der Ginsschen Färbemethode etwa doppelt soviel positive Resultate im Originalausstriche hatten als bei der Neisserfärbung, gelang es uns bei der Ginsschen Methode

[1]) Gildemeister und Günther. Zentralblatt für Bakteriologie; 1. Abt. Originale, Band 72, Heft 8.

nur, die positiven Resultate von 32 % auf 43 % zu erhöhen. Aber auch dieses Plus von positiven Resultaten halte ich immerhin noch für groß genug, um das Verfahren von Gins bei Anfertigung von Originalausstrichpräparaten zu empfehlen, besonders da es keine wesentliche Vermehrung der Arbeit bedeutet.

Mit Gildemeister und Günther stimme ich darin überein, daß bei der Ginsschen Methode sowohl der ganze Bazillenleib intensiver gefärbt wird, als auch die Ernst-Babesschen Körperchen deutlicher sichtbar werden. Besonders fiel mir dies bei der mikroskopischen Untersuchung von sehr jungen Kulturen auf, bei denen die Polkörperchen nach der Neisserfärbung erst kaum oder nur sehr vereinzelt sichtbar waren. Störend wirkten manchmal bei der Ginsschen Methode die Chrysoïdinniederschläge, ein Mangel, der sich jedoch leicht dadurch beseitigen läßt, daß man die Jod-Milchsäurelösung gründlich abspült, bevor man mit Chrysoïdin nachfärbt.

II. Der Wert des Tellurnährbodens nach Conradi und Troch ist bereits von einer Reihe von Autoren nachgeprüft worden. Ich verweise auf das von Gildemeister und Günther zusammengestellte Literaturverzeichnis. Fast alle Autoren sind auf Grund ihrer Untersuchungen zu dem Ergebnis gelangt, daß die Verwendung des Tellurnährbodens in seltenen Fällen zwar bessere Resultate ergibt, daß aber dieser Vorteil in keinem Verhängnis steht zu dem Mehraufwand von Arbeit und Material, den die exakte Durchführung dieser Untersuchungsmethode beansprucht.

Wir haben den Tellurnährboden ebenfalls einer Nachprüfung unterzogen. Die Herstellung des Nährbodens erfolgte genau nach den von Conradi und Troch gegebenen Vorschriften, wie sie in dem Originalbericht von Conradi „Vorarbeiten zur Bekämpfung der Diphtherie, Jena, 1913“ ausführlich beschrieben sind. Die Aussaat des Materials geschah nach dem von Wagner[1]) vorgeschlagenen Verfahren direkt auf die Tellurplatten ohne vorherige 3stündige Anreichung auf Löffler-Serumplatten. Zur Kontrolle wurde in jedem Falle gleichzeitig eine Löffler-Serumplatte angelegt. Bei der einen Hälfte der Fälle wurde erst die Tellurplatte und dann die Löffler-Serumplatte bestrichen, bei der anderen Hälfte wurde in umgekehrter Weise verfahren. Von der von Conradi und Troch empfohlenen 3stündigen Anreicherung des Materials auf Löfflerplatten mußten wir Abstand nehmen, da diese für den praktischen Gebrauch der Tellurplatten auf erhebliche Schwierigkeiten stößt, die abgesehen von der Mehrarbeit hauptsächlich in der bedeutenden Steigerung des Verbrauchs an Nährböden bestehen. Die Untersuchung der Tellurnährplatten und der zur Kontrolle angefertigten Löfflerplatten geschah in allen Fällen zur gleichen Zeit. Das Material stammte fast durchweg von zur Diagnose eingeschickten

[1]) Wagner. Münchener med. Wochenschrift; 1913, Nr 9.

frischen Rachenabstrichen. Die Untersuchung erstreckte sich auf 180 Fälle. Mit wenigen Ausnahmen stimmte das Untersuchungsergebnis der Tellurplatte mit der Löfflerplatte überein, d. h. es waren entweder beide positiv oder beide negativ. In einigen Fällen wurden nur auf der Tellurplatte Diphtheriebazillen nachgewiesen, in anderen nur auf der Löfflerplatte. Ein Plus an positiven Resultaten lieferten die Tellurplatten also nicht. Auch sonstige Vorteile konnte ich bei der Tellurplatte nicht erkennen. Die Reduktion des Tellurs, wodurch die Schwarzfärbung der Diphtheriekolonien zustande kommt, ist keine spezifische Eigenschaft des Diphtheriebazillus, da eine Anzahl sonstiger Bakterien, auch Kokken, ebenfalls schwarze Kolonien bilden können. Störend empfand ich beim Arbeiten mit Tellurplatten den lästigen Knoblauchgeruch, den die Tellurplatten nach ihrer Bebrütung ausströmten und der so stark war, daß er den ganzen Untersuchungsraum anfüllte. Außerdem zeigten die der Tellurplatte entnommenen Präparate häufig eine wesentlich schlechtere Färbung, sowohl der Bazillenleiber, als auch der Polkörperchen. Als weiterer Nachteil kommt, wie bereits angedeutet, hinzu, daß bei Verwendnng von Tellurplatten das Kulturverfahren nicht unerheblich verteuert und kompliziert wird, zumal wenn nach der von Conradi und Troch empfohlenen Methode der 3stündigen Anreicherung des Materials auf Löfflerplatten verfahren wird.

III. Gallenährboden von v. Drigalski und Bierast. Diese beiden Autoren setzten dem Löffler-Nährboden Galle in bestimmter Menge zu, in der Absicht, dadurch die Begleitbakterien in ihrem Wachstum zu hemmen und so den Nachweis der Diphtheriebazillen zu erleichtern. Auf Grund ihrer Versuche gaben sie als Vorzüge der Galleplatten an, daß auf ihnen die Diphtheriekolonien leichter zu erkennen und in einem Teil der Fälle deutlich zahlreicher seien als auf den Löfflerplatten. Weitere Veröffentlichungen über Prüfung des Gallenährbodens liegen bisher meines Wissens erst 3 vor. Völkel[1]) konnte auf Grund seiner Untersuchungen in der Verwendung der Galleplatten weder eine Erleichterung noch eine Verschärfung der bakteriologischen Diphtherie-Diagnose erblicken. Zu einem ähnlichen Resultate gelangte Schulz.[2]) Seligmann[3]) dagegen erzielte bei seinen Versuchen 9 mal nur auf der Galleplatte, 3 mal nur auf der Löfflerplatte positive Resultate, während in den übrigen 99 Fällen Galle- und Löfflerplatten stets gleiche Resultate ergaben. Seligmann glaubt daher infolge dieses geringen Plus an positiven Resultaten bei den Gallenplatten diese an Stelle der Löfflerplatten empfehlen zu können.

Wir haben die Brauchbarkeit des v. Drigalski-Bierastschen Gallenährbodens an 100 Fällen nachgeprüft. Die

---

[1]) Völkel. Münchener med. Wochenschrift; 1913, p. 1883.
[2]) Schulz. Deutsche med. Wochenschrift; 1913, p. 2195.
[3]) Seligmann. Hygienische Rundschau; 1913, p. 978.

Herstellung der Galleplatten geschah genau nach der von v. Drigalski und Bierast gegebenen Vorschrift in der Weise, daß 600 ccm Rinderserum mit 174 ccm Traubenzuckerbouillon und 26 ccm Galle gemischt wurden, im übrigen aber wie bei Herstellung der Löfflerplatten verfahren wurde. Die Prüfung erstreckte sich auf 100 zur Diagnose eingeschickte frische Rachenabstriche, wobei ebenso wie bei der Prüfung der Tellurplatten in der Weise verfahren wurde, daß bei 50 Fällen erst die Galleplatte und dann die zur Kontrolle verwendete Löfflerplatte bestrichen wurde, während bei den übrigen 50 die Reihenfolge vertauscht wurde. Die Untersuchung der Galle- und Löfflerplatten geschah jeweils zu derselben Zeit. Auch hier stimmten ebenso wie bei der Prüfung der Tellurplatten die Resultate der Galleplatten mit den der Löfflerplatte fast durchweg überein. In 5 Fällen wurden nur auf den Gallenährböden Diphtheriebazillen gefunden, in 4 Fällen nur auf der Löfflerplatte. Eine Hemmung der Begleitbakterien auf den Galleplatten habe ich nicht beobachtet, sofern es sich um die Zahl der gewachsenen Kolonien handelte, wohl aber bemerkte ich eine Hemmung in der Wachstumsenergie, die sich durch die Kleinheit der einzelnen Kolonien kund tat. Diese Hemmung erstreckte sich aber nicht nur auf die Begleitbakterien, sondern auch auf die Diphtheriebazillen; sie zeigte sich auch im mikroskopischen Präparate häufig durch eine wesentlich schlechtere Färbbarkeit der auf Gallenährböden gewachsenen Diphtheriebazillen.

Auf Grund der Ergebnisse unserer Untersuchungen sind wir daher von der Verwendung sowohl des Tellurnährbodens, als auch des Gallenährbodens zur Diphtheriediagnose wieder abgekommen, während wir das Ginssche Färbeverfahren zur Anfertigung von Originalausstrichen in jedem zur Diagnose eingeschickten Falle, sowie in Fällen, in denen die Neisserfärbung kein ganz einwandfreies Bild ergibt, mit Vorteil weiter verwenden.

Zusammenfassung.

1. Die von Gins angegebene Modifikation der M. Neisserschen Doppelfärbemethode eignet sich besonders zur Färbung von Originalausstrichpräparaten, sowie zur Färbung der Diphtheriebazillen aus jungen Kulturen.

2. Weder der Tellurnährboden von Conradi und Troch, noch der von v. Drigalski und Bierast angegebene Gallenährboden bieten irgendwelche erhebliche Vorteile gegenüber dem Serumnährboden von Löffler. Beide haben dagegen den Nachteil, daß die Färbbarkeit der Diphtheriebazillen in einer Reihe von Fällen leidet.

Anmerkung bei der Korrektur: Inzwischen hat Büsing in der Deutschen med. Wochenschrift (1914, Nr. 10) die im hygienischen Institut in Bremen gesammelten Erfahrungen mit dem Gallenährboden veröffentlicht. Auch Büsing kann in dem Zusatz von Rindergalle zum Löffler-Nährboden keine Verbesserung erblicken.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Ueber Benzinvergiftung nach Sektionsergebnissen und Tierversuchen. Von Dr. Rudolf Jaffé. (Aus dem Senckenbergischen pathol. Institut Frankfurt a. M.) Münchener Med. Wochenschrift; 1914, Nr. 4.

Aus 11 Obduktionen von Personen, die durch Trinken von Benzin gestorben waren, sowie auf Grund einer Reihe von Tierversuchen kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: Die tödliche Dosis wird verschieden angegeben; oft genügt ein Schluck, manchmal werden mehr als 50 g vertragen. Das aufgenommene Benzin wird durch die Lungen ausgeschieden (typischer Benzingeruch der Lunge!). Bei schneller Ausscheidung des Benzins durch die Lungen finden sich stets ausgedehnte Lungenblutungen, die man als einzigen einigermaßen typischen Sektionsbefund ansehen kann. Bei verlangsamter Resorption zeigten sich bei den Tierversuchen in Leber und Nieren degenerative Prozesse, in den Lungen Hyperämie, Nekrosen und entzündliche Veränderungen. Die von einzelnen Autoren beschriebenen Veränderungen des Blutes (Haemolyse) wurden in keinem der Fälle beobachtet. Dr. Vasen-Bonn a. Rh.

Ergebnisse der chemischen Analyse von Schußspuren. Von Prof. Dr. med. Th. Lochte und Dr. phil. Fiedler (Dir. und Assistentin der gerichtsärztlichen Unterrichtsanstalt Göttingen). Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin; 1914, Bd. 47, H. 1, S. 68.

Ein Schuß aus einer Flobertwaffe läßt sich chemisch durch den Nachweis des Quecksilbers und des Bleies auf Kleiderstoffen und auf der Haut bis auf einen Schußabstand von 40—50 cm erkennen. An der Kleidung und den Haaren haftet das Quecksilber so fest, daß es sich mechanisch kaum entfernen läßt. Es ist in kleinsten Mengen mit Hilfe der Methode von Jannasch als Quecksilberjodid nachzuweisen. Das Blei findet sich zum Teil in die Maschen der Kleidung eingesprengt und kann teilweise ausgeklopft oder ausgebürstet werden (durchschnittlich 0,3 mg). Die größte Bleimenge, bis zu 8 mg, erhält man bei Veraschung bezw. chemischer Verarbeitung des Gewebes der Umgebung der Schußöffnung. Stets muß unverletzter Stoff auf anderweitige Bleibeimengungen kontrolliert werden. Im Schußkanal aus einer Entfernung von unter 50 cm gelang es mehrfach, Spuren von Quecksilber und Blei nachzuweisen. Die im Schußkanal vorhandene Bleimenge hängt wesentlich davon ab, ob das Geschoß durchgeschlagen ist, oder ob es durch Auftreffen auf Knochenteile deformiert oder zertrümmert wurde.

Bei Revolvernahschüssen mit Schwarzpulver ist Quecksilber nicht nachweisbar, wohl weil die Menge Knallquecksilber zu gering ist. Der Nachweis von Salpetersäure bezw. Kalium, ferner von Schwefel ist gerichtlich ohne Interesse. Auf Kleiderstoffen läßt sich bis auf eine Entfernung von ½ m eine Bleispur nachweisen. Sie ist geringer als bei Flobertschüssen (nur 0,1— 0,4 mg). Das Blei wird am zweckmäßigsten im ausgeklopften Staube als Bleijodid nachgewiesen. Vermutlich werden Waffen, deren Läufe von Rost zerfressen sind, oder die trockenen Rostansatz haben, eine größere Bleispur aufweisen, als rostfreie Waffen (R. Schrader). Es ist anzunehmen, daß ebenso wie bei den Flobertschüssen das Blei im Schußkanal nur dann in größerer Menge nachzuweisen ist, wenn das Geschoß zerschmettert. Revolverfernschüsse mit Schwarzpulverladung lassen sich im allgemeinen an der Fettspur in der Kleidung erkennen.

Bei Browningschüssen gelang es nicht, irgendwelche Metallspuren, insbesondere Nickel, am Objekt nachzuweisen.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Berstung des Sigmoideums durch eine Luftpumpe von 120 Pfund Druck. Von Harlan Shoemaker, M. D., Shelbey. The journ. of the am. med. ass.; 1913, LXI, Nr. 21, S. 1898.

Am 8. Mai 1913 schlich sich ein Mühlbursche hinter einem Mitarbeiter und ließ eine Luftpumpe auf dessen Mastdarm spielen, als er sich vorn über seinen Arbeitsplatz lehnte. Der Verletzte fiel zu Boden und verlor das Bewußtsein. Der Druck der Luftpumpe war 120 Pfund auf den Quadratzoll. Bei der Auf-

nahme ins Krankenhaus nach 20 Stunden: Ausdehnung und Spannung des Leibes, etwas Härte der Muskeln. Kein Blutabgang durch den Darm, dagegen Erbrechen der Nahrung. Pulsbeschleunigung; Temp: 100° F.

Laparotomie: Riß in der oberen Partie des Rectum und in dem mächtig aufgetriebenen Os sigmoideum am freien Darmrande. Zentralwärts im Colon descendens 2 quere Darmrisse. Bis zum Coecum hinauf konnte man die Wirkung des Luftdrucks an der Abhebung des Peritoneums und an der Füllung der Gefäße erkennen. Die Mucosa war an der gerissenen Stelle auf Papierdicke verdünnt. Durch sorgfältige Darmnaht gelang die Heilung.

Dr. Mayer-Simmern.

Stichwunde des Herzens. Operation, Genesung. Von Samuel Bradbury, M. D., Ass. attending physician, New-York City Hospital. The journ. of the am. med. ass.; 1913, LXI, Nr. 20, S. 1809.

Eine 44jährige Italienerin war vor 10 Minuten in die Brust gestochen worden. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus, nachmittags 12,50: Bewußtlosigkeit, Blässe, Haut kalt und feucht, Dyspnoe; kein Radialpuls zu fühlen. 1,5 cm lange, 5 cm vom Sternum entfernte Wunde über dem 2. linken Interkostalraum. Die Herztöne schwach, schnell. Die Mammae im Laktationsstadium. Aethernarkose. Eingehen in den Thorax an der Knorpelknochengrenze. Unterbindung der A. mammaria int. Eine 5 cm lange, den Herzbeutel durchsetzende Wunde wurde erweitert; Blutgerinnsel und mächtige Blutmengen spritzten im Strahl hervor. Der Puls hob sich sofort. Die Herzwunde war 3 cm lang, lag zur Hälfte auf dem rechten Ventrikel, verlief schräg von oben und links nach unten und rechts in der Mitte zwischen Atrioventrikularfurche und Herzspitze. Mit jeder Systole spritzte dunkles Blut hervor. Naht der Wunde. Drainage der Pleurahöhle. Genesung.

Nach 4 Jahren wurde die Frau in ihrer Wohnung wieder untersucht. Ihr Aussehen war befriedigend, ebenso die Arbeitsfähigkeit. Keine Oedeme; Puls 74; etwas Dyspnoe beim Treppensteigen.

Gerichtlich medizinisch wichtig ist es, daß die Herzbeuteltamponade den Puls so ungünstig beeinflußt hatte, die Eröffnung des Perikards aber Pulsrhythmus und -Frequenz, sowie die Füllung sofort besserte. — Die linke Arteria coronaria descendens war übrigens durchschnitten worden und mußte unterbunden werden. Von den bisher veröffentlichten 7 Fällen genasen 4, starben in den ersten 3—4 Tagen 3. Bemerkenswert ist, daß der Patient von F. F. Stewart, ein Boxer, seine Herzverletzung 5 Jahre überlebte und schließlich an Lungentuberkulose starb. Bei der Autopsie fand sich ausgedehnte Myocarditis; die Ventrikelwand war an einer Stelle sehr dünn.

Die Koronararterien sind nicht, wie man eine Zeit lang glaubte, Endarterien.

Dr. Mayer-Simmern.

Spontan auftretende Kontraktionen am rechten Atrium bei einer Leiche. Von Dr. med. W. Försterling, Oberarzt an der Brandenburgischen Landesirrenanstalt Landsberg a. W. (Dir.: Dr. Riebeth). Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1913, 46. Bd., 2. H., S. 229.

Ein 65jähriger Arteriosklerotiker mit chronischer Nephritis, Bukardie und sehr schwerer Degeneration der Herzmuskulatur, war im Beginn einer akut fieberhaften Erkrankung der Atmungsorgane plötzlich gestorben. 6½ Stunde nach dem Tode wurden während der Gehirnsektion, vor der jedoch der Brustkorb und der Herzbeutel eröffnet worden waren, an der Vorderfläche des rechten Vorhofs geringe rhythmische Kontraktionen einzelner Muskelbündel gesehen, die allmählich deutlicher wurden, wieder abnahmen und nach einer Viertelstunde verschwanden, während sämtliche Herzhöhlen mit Cruor und Speckgerinnsel gefüllt waren. Bemerkenswert ist, daß die gelegentlich schon beobachtete Erscheinung hier bei sehr schwerer Myokarddegeneration auftrat, und daß wie in mehreren anderen Fällen Bronchitis bestand. Das Körperinnere war noch warm; dies erklärt nach Hering die leichtere Reaktivierbarkeit. Der Verfasser stellt im übrigen alle Beobachtungen von postmortalen Herzbewegungen an Tieren und Menschen zusammen.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Zur Frage der subendokardialen Ekchymosen beim Verblutungstod. Von Dr. Stoll-Tübingen. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1914, Bd. 47, 1. H., S. 58.

Während v. Sury s. Zt. zu dem Ergebnis gelangt ist, daß die subendokardialen Ekchymosen beim Verblutungstode eine postmortale, durch die Muskelstarre des Herzens bedingte Erscheinung seien, findet Stoll sie im Gegenteil vital entstehend. Er hat sie bei Schlachttieren unmittelbar nach der Tötung, bei sicher schlaffem, ja einmal im noch schlagenden Herzen beobachtet. Versuche an Laboratoriumstieren (Kaninchen, Meerschweinchen, Katze, Ratte, Hund) ergaben dann ferner, daß die Blutungen nur bei langsamer, niemals bei rascher Verblutung auftreten. Die bisherige Erklärung dieser Ekchymosen, durch krampfhafte Zusammenziehungen des sich leerenden oder geleerten Herzens sei abzulehnen. Eine andere, völlig befriedigende Erklärung gibt es allerdings noch nicht; aber Stoll denkt daran, daß ein arterieller Ueberdruck sich infolge bedeutender Erweiterung der Herzkapillaren bis in diese fortsetzen und sie zum Reißen zwingen kann. (Die Herzgefäße erweitern sich, wenn sich die Körperarterien verengern; diese Verengerung ist beim Verblutungstode sehr wahrscheinlich). Subendokardiale („Verblutungs"-) und subseröse („Erstickungs"-) Ekchymosen sind nach Stoll vermutlich in letzter Linie durch dieselben Faktoren bedingt. Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Die Erscheinungen und der Spättod nach Erwürgungsversuchen. Von Oskar Ziehe, früher Assistent am Institut, jetzt einj.-freiw. Arzt im Königl. bayerischen I. Feld.-Art.-Regt., kommandiert zur militärärztl. Akademie. (Aus dem patholog. Institut des Herzogl. Krankenhauses in Braunschweig. Leiter: Priv.-Doz. Dr. W. H. Schultze). Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1914, 47. Bd., 1. H., S. 20.

Im Anschluß an eine Beobachtung, daß ein zweifellos einige Zeit stark gewürgtes, nicht ganz reifes Neugeborenes erst nach 40 Stunden starb, und zwar, wie anzunehmen ist, an den Folgen des Angriffes, stellt der Verfasser die in der Literatur verstreute Kasuistik über nicht sofort tötliche Erwürgungsversuche zusammen. Das nach den Gruppen: Verletzungen (Brüche) im Luftröhrengefüge, Gefäßläsionen, Nervenbeschädigungen, geordnete Material wird im einzelnen sorgfältig analysiert und in folgende Ergebnisse zusammengefaßt:

Trachealringfrakturen sind als sehr gefährlich anzusehen. — Auch bei schweren Verletzungen im Luftröhrengefüge können noch längere Strecken Weges zurückgelegt werden. — Ergüsse in die Gefäßwand oder Rupturen derselben nach Erwürgen sind bei älteren Individuen auf krankhaft veränderte Vasa vasorum des betr. Gefäßes zurückzuführen, bei Neugeborenen auf die Zartheit der Wandungen der Vasa vasorum. — Ein selbst mit starkem Druck auf lebenswichtige Halsnerven einhergehender, bei einem neugeborenen Kinde unternommener Würgeversuch führt infolge geringer Erregungsfähigkeit des Nervensystems bedeutend später zu Bewußtlosigkeit als beim Erwachsenen. — Bewußtlosigkeit tritt nicht immer ein. — Psychische Erscheinungen sind häufig als traumatische Neurose aufzufassen. — Die Lungenkongestion ist eine Folge der Lähmung des N. vagus. – Selbstmordversuche sind äußerst selten.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Beitrag zur Frage der Kennzeichen des Todes durch Erfrieren. Von Prosektor Alexander Krjukoff. (Inst. für gerichtl. Medizin Moskau.) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1914, Bd. 47, Heft 1, S. 79.

Nach einer referierenden Zusammenstellung der bekannteren, beim Erfrierungstode zu beobachtenden Erscheinungen, die alle unspezifisch sind, wendet sich Verfasser speziell den von Wischnewsky beschriebenen, sogenannten Erosionen des Magens zu, die dieser in 91% der Fälle beobachtet hatte, und denen u. a. auch Ignatovsky die größte Bedeutung unter den Merkmalen des Todes durch Kälte beigelegt hat. Nach Wischnewskys Beschreibung finden sich in der Magenschleimhaut 5 bis 100 hirsekorn- bis erbsengroße „Erosionen", die die Schleimhaut überragend in den alleräußersten Schichten liegen und sich leicht so völlig abschaben lassen, daß keine Spur davon zurückbleibt. (? Ref.) Verfasser vertritt ebenfalls die große diagnostische Bedeutung dieser „Erosionen", die er bei 61 Sektionen von Erfrorenen 44 mal

(72%) gesehen hat, und bekämpft Raiskys entgegengesetzte Anschauung, daß sie wegen ihrer Häufigkeit bei den verschiedensten Todesarten bedeutungslos sind. Das häufigste Symptom beim Erfrierungstode aber ist der völlige Mangel von Kohlehydraten (Glykogen und Zucker) in der Leber, der durch den sehr langsamen Verlauf dieser Todesart erklärt wird. Finden sich Kohlehydrate, so spricht dies dafür, daß neben der Erfrierung eine andere Todesursache entscheidend mitgewirkt hat, besonders häufig Alkoholvergiftung. Den Nachweis der Kohlehydrate hat Verfasser auf die (bekanntlich ganz unsichere) Methode des Kochens von Leberstückchen in stark alkalischer Lösung, Ansäuerns und Filtrierens gestützt, wobei Opaleszenz des Filtrats Glykogen, negative Reduktionsprobe Abwesenheit von Traubenzucker beweisen soll.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Ein Fall von Kindesmord während der Entbindung. Von Dr. Georges Bogdan, Professor der gerichtl. Medizin in Jassy. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1914, Bd. 47, H. 1, S. 120.

Ein 16jähriges Bauernmädchen hat eingestanden, daß sie selbst sofort nach dem Austreten des Kopfes das Kind mit den Händen am Halse gewürgt hat, so stark sie konnte. Da die Kräfte sie aber verließen, rief sie ihre Mutter, die gegen den Kopf einen Schlag mit der Flachseite eines Hackebeiles führte. Die Obduktion ergab in der Mitte des Vorderhalses und an der linken Seite des Halses nach oben konkave Nagelspuren mit vitaler Reaktion, mehrere weniger deutliche rechts hinten am Halse; im Brustraum zahlreiche subpleurale Ekchymosen, am Halse intramuskuläre Blutungen, am Schädel einen großen Knochenbruch und extradurales Hämatom. Für die definitive Todesursache wurde die Schädelzertrümmerung erklärt, weil der Erwürgungsversuch im Gegensatz zu dieser nicht absolut tödlich zu sein brauchte. Die Beobachtung ist besonders wichtig zur Widerlegung der Ansicht, als ob eine Gebärende nicht selbst den in der Vulva steckenden Kopf des Kindes und den Hals mit ihren Händen erreichen und umfassen könnte. Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Kindersterblichkeit in gerichtlich-medizinischer Beziehung. Von F. Straßmann. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1914, Bd. 47, H. 1, S. 1.

Kriminalistisch wichtige Todesarten, die nur oder wenigstens ganz überwiegend bei Kindern und nicht bei Erwachsenen vorkommen, sind im wesentlichen die beiden: gewaltsame Erstickung im Bett und die fahrlässige oder absichtliche Nicht- oder Unterernährung von Säuglingen (darunter die sog. Engelmacherei). Den fahrlässigen Erstickungstod im Bette kann man nur überaus selten und schwer erweisen, meistens finden sich krankhafte Veränderungen, die an sich die Möglichkeit eines natürlichen Todes geben, während Gewaltspuren fehlen. Unter den Erkrankungen bespricht Verfasser ausführlich auf Grund eigener reicher Erfahrungen die Bedeutung der Thymusschwellung; er leugnet zwar nicht, daß mechanisch, durch Kompression, ein plötzlicher Tod vorkommen kann, hält ihn aber nach seinen Erfahrungen für überaus selten. Ohne entschieden zu den innersekretorischen Theorien bei Thymushyperplasie und zur Lehre des Status thymico-lymphaticus Stellung zu nehmen, tritt er doch dafür ein, daß in zweifelhaften Fällen der Befund einer abnorm großen Thymus die Wahrscheinlichkeit eines natürlichen Todes erhöht. Freilich finden sich in überaus häufigen Fällen neben der Thymusvergrößerung andere eventl. tödliche Erkrankungen, wie besonders Bronchitis, Kapillärbronchitis und Darmkatarrh, aber sie sind nicht immer so erheblich, daß sie den Tod herbeigeführt haben müssen und die Thymusveränderung gleichgiltig erscheinen lassen könnten. Die mikroskopische Untersuchung großer Thymusdrüsen hat besonders bei älteren Kindern häufig relative Vergrößerung der Marksubstanz ergeben, die mehrmals mit großem Reichtum an eosinophilen Zellen verbunden waren. Starke Vergrößerungen der Hassalschen Körperchen wurde im Gegensatz zu ihrer Verminderung fast regelmäßig beobachtet.

Hinsichtlich der „Engelmacherei" betont Straßmann die große Seltenheit wirklich abgezehrter Säuglingsleichen (nur 5 unter 240 in fünf Jahren). Die Atrophie scheint ihm in den letzten Dezennien überhaupt seltener geworden zu sein. Niemals dürfe aber selbst erhebliche Abzehrung, fehlende oder

ungenügende Füllung des Magendarmkanals, selbst eine große Intertrigo als Beweis von Vernachlässigung gelten, weil dieselben Veränderungen aus natürlichen Ursachen sehr häufig sind. Der Wert des anatomischen Befundes liegt in der Unterstützung etwaiger tatsächlicher Feststellungen. Regelmäßige Obduktionen solcher Kinder haben nach Straßmann auch Abschreckungswert. Eine Fahrlässigkeit kann natürlich nicht in der Nichtbefolgung der jeweiligen wissenschaftlichen Lehren der Säuglingsernährung, speziell nicht im Unterlassen der jetzt erstrebten natürlichen Stillung erkannt werden, weil durchaus der ungünstige Erfolg anderer Verfahren nicht vorauszusehen ist. Nur grobe Fehler können in Frage kommen. Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Vernachlässigung eines Kindes, die den Tod zur Folge hatte. Mord. Auch ein Armer hat die Pflicht, ärztliche Hilfe für das erkrankte Kind zuzuziehen. Urteil des Supreme Court of Nebraska. The journal of the am. med. ass.; 1913, LXI, Nr. 19, S. 1710.

Ein 4jähriges Kind war Bettnässer. In der Wohnung des Stiefvaters fehlte es an Kohlen — einige waren zwar noch vorrätig. Durch die zerbrochenen Fensterscheiben drang in einer bestimmten Nacht Eiskälte in die Wohnung, das Bettzeug aller Insassen, auch das des Knaben war steif gefroren. Nach 5 Tagen zeigten sich an seinen Füßen Verfärbungen der Haut, nach 10—11 Tagen ging die graue Färbung in Purpurrot über, dann trat septische Zersetzung ein. 2 deutsche Aerzte, die verlangt wurden, lehnten wegen der Armut die Behandlung ab. Der Stadtarzt, der schließlich hinzugerufen wurde, riet zur Amputation. Diese kam zu spät, der Knabe starb am 22. Tage nach jener Nacht.

Die Jury hielt den Mann nach den Ermittlungen der sträflichen Nachlässigkeit, die einen Mord bedeutete, für schuldig.

(Die Erwähnung des Falles in dieser Zeitschrift erscheint nicht bloß aus gerichtlich medizinischem Interesse für gerechtfertigt — wichtig sind auch die sozialen Umstände: Erst 2 Wochen nach dem das Bettzeug des Kranken zu Eis gefroren war, sorgte die Armenbehörde für ausreichenden Kohlenvorrat; gleichwohl erfolgte die Verurteilung des Vaters.) Dr. Mayer-Simmern.

B. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

1. Diphtherie.

Ein Verfahren zum Nachweis der Diphtheriebazillen und seine praktische Bedeutung. Von Prof. Dr. v. Drigalski und Dr. Bierast, Stabsarzt. Deutsche med. Wochenschrift; 1913, Nr. 26.

Im Interesse der ärztlichen Praxis, zur Durchführung der Diphtherieprophylaxe nach v. Behring sowie zur Wahrnehmung der wichtigen Bekämpfungsmaßnahmen ist eine möglichst sicher und einfache Methode zum Nachweis der Diphtheriebazillen namentlich zum Gebrauch in größeren Untersuchungsämtern trotz der guten Leistungen der einfachen Löfflerplatte sehr erwünscht. Die Verfasser glauben eine nicht unerhebliche Verbesserung des Löfflerschen Nachweisverfahrens dadurch erreicht zu haben, daß sie dem Rinderserum eine bestimmte Menge Rindergalle hinzufügen. Das Mengenverhältnis soll betragen: 3 Teile Rinderserum, 0,87 Teile 1 % Traubenzuckerbouillon und 0,13 Teile sterilisierter Rindergalle. Das neue Verfahren hat in einmonatiger praktischer Prüfung im Untersuchungsamt Halle a. S. gezeigt, daß es der einfachen Löfflerschen erheblich überlegen ist.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Erfahrungen mit dem Galle-Diphtherienährboden nach v. Drigalski und Bierast. Von Dr. Fr. C. R. Schulz, Kreisassistenzarzt. Deutsche mediz. Wochenschrift; 1913, Nr. 45.

Die vom Verfasser im Medizinaluntersuchungsamt Gumbinnen vorgenommene Nachprüfung des v. Drigalski-Bierastschen Gallenährbodens zum Diphtherienachweis hat ergeben, daß der Gallenährboden den Diphtherienachweis weder verschärft, noch daß er in erhöhtem Maße für den Diphtheriebacillus elektive Eigenschaften aufweist. Das Verfahren nach Löffler ist

vielmehr nach Ansicht des Verfassers auch im Vergleich zum Gallnährboden für den Nachweis von Diphtheriebazillen das einfachste und zweckmäßigste.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Aus der Infektionsabteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses zu Berlin. Erfahrungen über den Gallennährboden bei der bateriologischen Diphtheriediagnose. Von Dr. Grundmann, Assistenzarzt. Berliner klin. Wochenschrift; 1913, Nr. 49.

Von 300 Untersuchungen waren auf Löffler = 90 positiv, auf Gallenährboden — 20 weniger — nur 70. Die Diphtheriebazillen in Reinkultur starben auf den Galleplatten und in reiner Galle 2—3 Tage früher ab als auf Löfflernährboden.

Die Galleplatte fördert die Diphtheriediagnose nicht und begünstigt die Entwicklung von Mutationsformen des Diphtheriebacillus.

Dr. Schulz-Gumbinnen.

Ueber neuere Verfahren zum Nachweis von Diphtheriebazillen und ihre praktische Bedeutung. Aus dem Königl. Hygienischen Institut in Posen. Von Dr. E. Gildemeister und Dr. Günther. Zentralbl. für Bakteriologie; I. Abteil., Bd. 72, Heft 3.

Die Angaben von Gins werden bestätigt, daß durch die Behandlung mit einer Lösung: Lugol 100, Milchsäure 1,0 vor der Chrysoidinfärbung nach Neisser die Diphtheriebazillen und die Polkörper erheblich deutlicher sichtbar werden. In Ausstrichen vom Rachen wurden von 250 40 Fälle als positiv erkannt, 85 mit Kulturverfahren.

Als Ergebnis ihrer Untersuchungen kommen die Verfasser zu dem Schluß, der Löfflernährboden ist billiger und erheblich leichter herzustellen und kommt dem Conradi-Trochschen Tellurnährboden an Leistungsfähigkeit gleich. Auch die Galleplatte übertrifft nicht den Löfflernährboden.

Dr. Schulz-Gumbinnen.

Weitere vergleichende Untersuchungen über Giftbildung in Diphtheriebazillenkulturen. Von Marine-Oberstabsarzt Dr. Gräf, kommandiert zum Königl. Institut für Infektionskrankheiten. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 74.

Die von gesunden Bazillenträgern gezüchteten Diphtheriebazillen, die kulturell, morphologisch und färberisch als typisch im Sinne der praktischen Diphtheriediagnose erschienen, erwiesen sich in den Versuchen des Verfassers bei gleichen Versuchsbedingungen durchschnittlich etwa ebenso stark giftbildend, wie die von schweren Krankheitsfällen isolierten Stämme. Da angenommen werden darf, daß im großen und ganzen bei den Diphtheriebazillen das im Tierversuch festgestellte Giftbildungsvermögen und die Virulenz für Menschen parallel gehen, so steht das Ergebnis der Arbeit mit den epidemiologischen Beobachtungen im Einklang, wonach den Bazillenträgern bei der Verbreitung der Diphtherie eine sehr bedeutsame Rolle zugeschrieben werden muß.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Vierte Mitteilung über Behrings Diphtherievakzin. Von Privatdozent Dr. Kleinschmidt und Stabsarzt Dr. Viereck. Deutsche med. Wochenschrift; 1918, Nr. 41.

In der vorliegenden Arbeit werden die früheren Mitteilungen über Behrings Vakzin zur praeventiven Diphtheriebekämpfung in mehrfacher Beziehung ergänzt und erweitert auf Grund von längeren Beobachtungen an der Marburger medizinischen Klinik. Die Unschädlichkeit und die immunisierende Wirksamkeit des Diphtherievakzins haben sich bestätigt, und zwar hat sich die intrakutane Anwendung der subkutanen als mindestens gleichwertig erwiesen. Das sicherste Kriterium für den Immunisierungserfolg ist der Blutantitoxingehalt, der durch Blutprüfung ermittelt wird; es scheint, daß 1/20 A E in 1 ccm Blut auch gegenüber schwereren Infektionen ausreichenden Schutz gewährt. Zur Erreichung des genannten Antitoxingehaltes scheint eine zweimalige Vakzininjektion ausreichend zu sein.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Erfahrungen mit Yatren puriss. zur Unterstützung der Diphtheriebehandlung. Von Dr. F. S. Freund. Deutsche med. Wochenschrift; 1918, Nr. 48.

Ueber die Behandlung der Diphtherie mit intravenöser Seruminjektion und Yatren. Von W. Kausch. Ebenda.

Im Anschluß an die Veröffentlichungen von Bischoff hat der Verfasser das Yatren in zahlreichen Fällen in der Diphtheriebehandlung angewandt. Nach seinen Erfahrungen ist das Yatren von ausgezeichneter Wirkung bei der lokalen Vernichtung der Diphtheriebazillen im Rachen und insofern von großer Bedeutung bei der Therapie, als damit die Quelle einer immer erneuten Toxinüberschwemmung des Körpers beseitigt wird. Dann ist aber das Yatren wegen seiner bakteriziden Eigenschaften und seiner völligen Unschädlichkeit auch zur Bekämpfung der Dauerausscheidung von Erfolg versprechender Bedeutung. In einer anderen Arbeit werden die Erfahrungen Freunds von Kausch aus dem Auguste Viktoria-Krankenhause in Berlin-Schöneberg bestätigt.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Die Behandlung der Diphtherieträger. Vortrag in der Sektion für prophylaktische Medizin und öffentliche Gesundheitspflege der 64. Jahresversammlung der am. med. ass. Von Henry Albert, Direktor des bakteriolog. Laboratoriums im Jowa State board of health. The journ. of the am. med. ass.; 1913, LXI., Nr. 13, S, 1027.

Nach den Erfahrungen des Autors sind von allen Diphtheriefällen am Ende der 2. Woche bazillenfrei 41 %, am Ende der dritten 78 %, am Ende der vierten 99 %. Von der Bevölkerung, die nicht an Diphtherie erkrankt war, sind unter gewöhnlichen Verhältnissen 1—2 %, bei Epidemien 5—10 % Keimträger, die die Keime gewöhnlich ebenso lange, wie Rekonvaleszenten beherbergen. Die Virulenz der Bazillen ist bei den Trägern wenig verringert; sie können also die Krankheit so lange übertragen, als sie Keimträger sind. Der Sitz der Keime sind die Krypten der Tonsillen, die Fissuren der Adenoiden, die Räume um die Nasenmuscheln und die Nasennebenhöhlen. Sie sitzen hier in kleinen Paketen, zu denen kein genügender Mucusstrom gelangt, der zu ihrer Entfernung ausreicht. Gurgeln und Sprayen antiseptischer Mittel hat nur zweifelhaften Wert. Der Autor erhielt die besten Resultate durch Behandlung der Tonsillarbuchten mit 5 bis 10%iger $AgNO_3$ Lösung, verbunden mit mild alkalischem Spray der Nasenhöhle und mit Gurgelungen des Mundes mit 1%iger H_2O_2 Lösung. Auf die Berücksichtigung der Krypten in den Mandeln ist besonderes Gewicht zu legen; die Oberflächenbehandlung genügt nicht.

Einige Wattefasern von insgesamt weniger als 1 mm Durchmesser werden um einen Metalldraht von 11 Zoll Länge gewickelt, der rechtwinklig 1 cm von seinem Ende abgebogen wird. Einige Tropfen der Silbernitratlösung genügen, da ein Ueberschuß in die Glottis träufeln könnte und hier ernste Reizerscheinungen verursachen würde. Nun sind von unten nach oben die Tonsillarbuchten aufzusuchen und mit der Lösung zu benetzen. In starker Konzentration treten heftige Entzündungserscheinungen ein; sie sind also zu vermeiden. 5—10%ige Lösungen erzeugen Hyperämie, Leukozyten-Ausschwitzung und bedingen Heilwirkungen.

In der Diskussion warnt Dr. Otis-Peñuclas, Porto Rico, vor der Anwendung zu starker Antiseptica. Nicht reizende alkalische Natr. bicarb.-Lösungen reichten zur Entfernung des Schleims völlig aus. Dr. Richardson-Providence läßt die Fälle in der ersten Zeit völlig in Ruhe und wendet nur leichte Spülungen an. Sind dann die Abstriche immer noch positiv, so appliziert er Tinct. Jodi oder Jod-Glyzerin mit Erfolg an. Entfernung von Tonsillen oder Adenoiden wie in England, hat auch er seit einigen Monaten ausgeführt, wenn die Jodlösung im Stich ließ. Dr. Ten Broeck, Minneapolis hat in einer Reihe von Fällen die Sporen eines Pilzes angewandt vom genus Saprolegnin, in Form eines Pulvers aus Sporen, Laktose und Blut, auf dem er gewachsen ist und von dem er filtriert wurde.

Dr. Mayer-Simmern.

Die Diphtheriebekämpfung in den Schulen. Von Schularzt Dr. Gettkant in Berlin-Schöneberg. Deutsche mediz. Wochenschrift; 1913, Heft 51.

Die Zunahme der Diphtherie-Erkrankungen in Groß-Berlin seit Herbst 1911 alljährlich während der Monate Oktober bis Februar machte besondere

Maßnahmen gegen die Verbreitung der Seuche durch die Schulen erforderlich. Für Berlin-Schöneberg wurde der Plan der Diphtherie-Bekämpfung gelegentlich einer Sitzung der Gesundheits-Kommission am 16. Dezember 1911 festgelegt und erstreckte sich auf folgende Punkte:

1. Jede Klasse, in der auch nur ein Fall von Diphtherie vorkommt, wird auf die Dauer von 2 Tagen zu Desinfektionszwecken geschlossen. Da dieses Mittel zum vollen Erfolg, zur Sanierung infizierter Klassen nicht führte, ist diese Maßnahme jetzt derart eingeschränkt worden, daß nur noch beim Vorkommen mehrfacher Diphtherieerkrankungen in einer Klasse und bei ausgesprochenen Klassen-Epidemien desinfiziert wird.

2. Den praktischen Aerzten wurde Diphtherie-Heilserum zu Behandlungszwecken und zu Zwecken der prophylaktischen Spritzung auf Kosten der Stadt zur Verfügung gestellt, sobald sie die Bedürftigkeit der betreffenden Familie annahmen. Da nur sehr wenige Aerzte hiervon Gebrauch machten, auch befürchtet werden mußte, daß hierdurch das wirksamste Mittel gegen die Diphtherie, nämlich die Isolierung Erkrankter im Krankenhause, eine Einbuße erleiden würde, wurde die Einrichtung wieder aufgehoben, nachdem sie mehr als 1 Jahr zu Recht bestanden hatte.

3. Verteilung von Merkblättern an die Eltern sämtlicher Schulkinder, sowohl der Gemeindeschulen, als auch der höheren Lehranstalten, folgenden Inhalts: Jedes Kind, das eine Halsentzündung zeigt, soll einem Arzt vorgestellt werden und ebenso wie seine Geschwister der Schule fernbleiben; Diphtheriekranke sind von der Umgebung streng abzusondern.

4. Der Nachdruck bei der Bekämpfung der Seuche wird auf eine möglichst schnelle Ausscheidung der Bazillenträger gelegt. Bei Vorkommen eines Falles von Diphtherie in einer Klasse werden die dem Kranken zunächst sitzenden Kinder abgeimpft; sind zwei oder mehrere Fälle in einer Klasse vorgekommen, so wird Rachenschleim von sämtlichen Kindern und vom Klassenlehrer entnommen. Die Abstriche werden am nächsten Tage wiederholt. Ob außerdem eine Desinfektion des Klassenzimmers zu erfolgen hat, entscheidet der Schularzt von Fall zu Fall.

5. Um schneller als auf dem dienstlichen Wege von einer Diphtherieerkrankung in der Schule Kenntnis zu erhalten, geht die Schulschwester an jedem Vormittag nach dem Polizei-Präsidium, stellt aus den Meldungen der praktischen Aerzte die an Diphtherie erkrankten Schulkinder fest und teilt diese sofort dem betreffenden Schularzt mit. Die Entnahme von Rachenschleim erfolgt dann sogleich an demselben Tage.

6. Beim Auftreten von Diphtherie in einer Klasse ist in dieser das Herauf- und Heruntersetzen der Kinder während des Unterrichtes bis auf weiteres einzustellen.

7. Die Schulzahnklinik wird für alle Kinder einer Klasse, in der auch nur ein Fall von Diphtherie vorgekommen ist, so lange gesperrt, bis der Schularzt die Wiederzulassung gestattet.

8. Ueber sämtliche an Diphtherie Erkrankten, deren Geschwister und eventuell Flurnachbarn, sowie über die gesunden Bazillenträger wird die Schulsperre so lange verhängt, bis 2 vom Schularzt entnommene Proben von Nasen- oder Rachenschleim nacheinander ein negatives Resultat gehabt haben. Die Schulsperre wird auch auf diejenigen Kinder ausgedehnt, die beim Auftreten einer Diphtherieerkrankung in einer Klasse wegen Mandelentzündung gefehlt haben. Eigenbericht.

Ueber eine katastrophale Klassenepidemie von Diphtherie. Ueber den Einfluß der Schule auf die Ausbreitung der Diphtherie und Maßregeln zur Bekämpfung der Diphtherie. Von Schularzt Dr. Schultz-Berlin. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1913, Nr. 11 u. 12.

Verfasser berichtet auf das eingehendste über eine Klassenepidemie an Diphtherie in der 188. Gemeindeschule, bei der in der Zeit vom 17. Januar bis 16. Februar in explosiver Weise 18 zum Teil sehr schwere Diphtheriefälle, darunter 4 mit tödlichem Ausgang, aufgetreten sind, und an die sich einige kleinere Epidemien und Einzelfälle anschlossen. Die Zahl der Familien, die von Diphtherie betroffen waren oder nicht erkrankte Bazillenträger aufwiesen, betrug 50, die Zahl der bakteriologisch untersuchten Einzelfälle 88, die Ge-

samtzahl der durch den Schularzt gemachten Abstriche 566. Die Ausbreitung erfolgte zweifellos zum größten Teil in der Schule selbst, denn die Berührung einer großen Zahl von Kindern in geschlossenen und verhältnismäßig engen Räumen, wie sie Tag für Tag in der Schule stattfindet, übertrifft alle anderen Uebertragungsmöglichkeiten; jede Diphtheriebekämpfung muß darum vor allem die Verhütung der Einschleppung von Diphtheriekeimen im Auge haben. Dafür ist zu verlangen, daß jedes Schulkind, das selbst irgendwie diphtherieverdächtig erkrankt war oder in dessen Behausung ein Diphtheriefall vorgekommen ist, nicht eher zum Schulbesuch zugelassen wird, bis die bakteriologische Untersuchung des Halses und der Nase dreimal hintereinander negativ ausgefallen ist. Häufen sich einige Diphtheriefälle, so haben wie bisher auf Antrag des Schularztes klassenweise Untersuchungen durch das städtische Untersuchungsamt stattzufinden. Verfasser tritt energisch der Ansicht entgegen, Bazillenträger als ungefährlich in der Schule zu belassen, denn den Fällen, wo sie sich tatsächlich als ungefährlich erwiesen, steht eine große Zahl von Fällen gegenüber, in denen sie sehr gefährlich wurden. Auch mancher Diphtheriefall ruft keine zweite Erkrankung hervor, so daß man annehmen darf, daß der Diphtheriebacillus sich zu Zeiten verschieden erweist. So lange man aber nicht angeben kann, welche Bazillenträger ungefährlich sind, muß man energisch gegen alle vorgehen. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

2. Tuberkulose.

Tuberkelbazillen im Blute. Von C. Moeves und Fr. Bräutigam. Deutsche Mediz. Wochenschrift; 1913, Nr. 42.

Im Gegensatz zu einigen neueren Veröffentlichungen konnten Verfasser trotz sorgfältigster Technik nur in verschwindend wenigen Fällen von an Tuberkulose Erkrankten Tuberkelbazillen im strömenden Blute nachweisen. Sie müssen daher auf Grund ihrer Versuche das regelmäßige Vorkommen von Tuberkelbazillen im Blute in Abrede stellen und lehnen auch die auf jenes angenommene regelmäßige Vorkommen aufgebauten Theorien anderer Autoren ab.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Tierexperimentelle Untersuchungen über den Nachweis von Tuberkelbazillen bei Tuberkulose der Haut, besonders des Gesichts. Von Dr. Carl Stern, Direktor der Akademischen Klinik für Hautkrankheiten in Düsseldorf. Deutsche Med. Wochenschrift; 1913, Nr. 42.

Der Verfasser konnte im Sekret von lupösen Geschwüren besonders des Gesichtes mittels des Tierexperimentes in 68% der von ihm untersuchten Fälle vollvirulente Tuberkelbazillen nachweisen. Unter Hinweis auf diese bedeutungsvolle Tatsache wird vom Verfasser im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege mit Nachdruck eine strengere Isolierung der Lupusfälle und sanitätspolizeiliche Beachtung dieser Erkrankungen gefordert.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Ueber den Tuberkelbazillengehalt der Hannoverschen Marktmilch. Von Tierarzt Heuer. Dissertation. 1912.

Die Tuberkulose unter dem Rindvieh ist derart stark verbreitet, daß je nach Gegend und Pflege der Tiere 40—90% auf Tuberkulin positiv reagierten. Allerdings betrifft die Tuberkulose nur selten das Euter (in ca. 1—4% der tuberkulösen Tiere). Bei den Kühen, die lediglich auf Tuberkulin reagieren, ohne eine Eutertuberkulose zu haben, sind nur selten Tuberkelbazillen in der Milch gefunden worden. Immerhin beweist das häufige Vorkommen der Fütterungstuberkulose unter den Schweinen und Kälbern, die mit Molkereirückständen gefüttert werden, daß die Kuhmilch beim Tier eine große Rolle als Verbreiter der Tuberkulose spielt.

Auch für den Menschen ergibt sich aus dem Nachweis virulenter Tuberkelbazillen in der Marktmilch die Mahnung, die Milch vor dem Gebrauch ausgiebig zu kochen. Wurden doch bei Untersuchung der Leipziger Marktmilch und der Molkereiprodukte von 210 untersuchten Proben 22 (10,5%) als tuberkelbazillenhaltig festgestellt. Die von Heuer untersuchten Proben der

Hannoverschen Marktmilch enthielten 8% der untersuchten 110 Proben vollvirulente Tuberkelbazillen.

Die gewöhnliche Marktmilch bietet demnach keine Gewähr für Freisein von Tuberkelbazillen. Man wird in allen Fällen gut tun, sie sorgsam zu kochen. Dr. Dohrn-Hannover.

Die Ausscheidung von Tuberkelbazillen mit dem Kot tuberkulöser Rinder. Von Dr. med. vet. C. Titze, H. Thieringer und Dr. med vet. E. Jahn.

Ueber die Ausscheidung von Tuberkelbazillen mit per Galle bei tuberkulösen Rindern und Ziegen. Von Dr. med. vet. C. Titze und Dr. med. vet. E. Jahn. Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt; 1913, 45. Bd., 1. H.

Nur der Tierversuch, nicht die mikroskopische Untersuchung, kann über den Gehalt von Rinderkot an Tuberbazillen Aufschluß geben. Er lehrt, daß Tuberkelbazillen in erster Linie von Rindern mit offener Lungentuberkulose, die ihren Auswurf verschlucken, im Kot ausgeschieden werden. Die Tuberkulose der Leber und Galle, die selten ohne Lungentuberkulose auftritt, spielt eine minder wichtige Rolle. Erweislich kommen aber virulente Tuberkelbazillen in der Galle tuberkulöser Rinder vor, ausnahmsweise sogar ohne makroskopisch nachweisbare Veränderungen der Leber oder Porta-Lymphdrüsen.

Für die Verbreitung der Seuche hat die Ausscheidung der Bazillen durch den Darm unmittelbar nur für die Schweine Bedeutung, die in dem Kot wühlen. Im übrigen liegt die Hauptgefahr des bazillenhaltigen Kotes darin, daß er in die Milch gelangen und so zur Infektion von Kälbern und Säuglingen führen kann. Dr. Hutt-Breslau.

Die Uebertragbarkeit der Tuberkulose durch Schütteln bazillenhaltiger Wäsche. Von Dr. M. P. Chaussee. Revue d'Hygiène et de Police sanitaire; Nr. 10, Bd. 35.

Zieht der Tuberkulöse sein beschmutztes Taschentuch aus der Tasche, wechselt er seine Wäsche oder bezieht er sein Bett, so entstehen dabei mehr oder minder heftige Bewegungen des infizierten Leinens. Es fragt sich, ob diese Bewegungen genügen, um kleine infizierte Partikel fortzuschleudern, die zu einer Ansteckung der Umgebung führen können.

Bei den Untersuchungen, welche Chaussee in der Weise anstellte, daß er mit bazillenhaltigem Auswurf beschmutzte Taschentücher in einem Meerschweinchenkäfig hin und her bewegte, stellte sich heraus, daß ein großer Teil der Meerschweinchen tuberkulös wurde. Es muß deshalb angenommen werden, daß das Schütteln bazillenhaltiger Wäsche bei der Uebertragung der Tuberkulose eine wichtige Rolle spielt. Die fortgeschleuderten bazillenhaltigen Partikel können selbst dann noch zu Ansteckungen führen, wenn die Taschentücher 15—20 Tage der Austrocknung ausgesetzt worden sind.

Dr. Dohrn-Hannover.

Ueber das Dr. Friedrich Franz Friedmannsche Heil- und Schutzmittel zur Behandlung der Tuberkulose und Skrofulose. Vorträge gehalten im Hörsaal der II. medizinischen Klinik der Königl. Charité zu Berlin am 28. Oktober 1913 von Prof. Dr. C. L. Schleich, Prof. Dr. Erich Müller, Dr. Hans Thalheim, Dr. Semmelmann, Geheimrat Prof. Dr. F. Kraus nebst einem Schlußwort von Dr. F. F. Friedmann. Berliner Klin. Wochenschrift; 1913, Nr. 45.

In dem Friedmannschen Mittel scheint eine neue sehr bedeutsame Waffe im Kampfe gegen die Tuberkulose gewonnen zu sein. Es ist aus einem Stamm lebender, ungiftiger und nicht infektiöser, aber dafür heilender Bakterien gewonnen, d. h. es enthält besonders gezüchtete Mikroorganismen (Schildkrötentuberkelbazillen), die alle Eigenschaften des echten Tuberkelbacillus besitzen, aber atoxisch und avirulent, in ihrer Wachstumsenergie unbeschränkt und zugleich mit Antigenen stark angereichert sind. Die Bakterien werden mittels einer Meyerschen Spritze dem Körper der Kranken einverleibt. Es entsteht an Ort und Stelle der Einverleibung ein Infiltrat, das ein Depot

von Heilstoffen bedeutet, von dem aus die Antigene langsam in den Kreislauf gelangen. In gewissen Fällen werden gleichzeitig (simultane) intravenöse und intramuskulöse (interglutäale) Injektionen gemacht, bei denen gleichzeitig mit der Anlage des glutäalen Depots eine Einverleibung der Bakterienschwärme in die Blutbahn erfolgt. Das Depot verschwindet erst im Laufe von Wochen bezw. Monaten und erst dann kann eine zweite Injektion in Frage kommen. Die Heilung steht still, sobald das Depot sich durch Einschmelzung nach außen hin öffnet. Diesen Durchbruch muß der behandelnde Arzt verhüten. Die gedruckten Indikationen, die jetzt herausgegeben sind, geben an, auf welche Weise dies geschieht.

Das Mittel wird in 4 Arten von Ampullen ausgegeben: I (grün), Inhalt 0,5 ccm, starke Konzentration, II (blau), Inhalt 0,5 ccm, schwache Konzentration, III (gelb), Inhalt 1,0 ccm, starke Konzentration, IV (rot), Inhalt 2,0 ccm, starke Konzentration. Es kommen 4 verschiedene Arten von Injektionen in Betracht.

Nach den veröffentlichten Krankengeschichten wirkt das Mittel selbst in verzweifelten Fällen geradezu überraschend. Die Erfolge waren sowohl bei chirurgischer Tuberkulose der Drüsen, Knochen, Gelenke und der Haut, als auch bei Lungentuberkulose und Drüsentuberkulose glänzend. Auf Röntgenphotographien konnte man die Heilungen verfolgen. Die Unschädlichkeit des Mittels trat in allen Fällen zutage. Wichtig ist auch, daß das Mittel als wirksames Schutzmittel bei kleinen Kindern, die aus tuberkulösen Familien stammten, verwendet wurde.

Die auf Grund der gewonnenen Erfahrungen aufgestellten Indikationen dürfen aber nicht außer acht gelassen werden, da ohne deren peinlichste Wahrung die Heilerfolge in Frage gestellt werden würden.

Dr. Räuber-Erfurt.

---

3. Syphilis.

Diagnostische Vorteile und Erschwerungen durch die Wassermannsche Reaktion. Von Oberarzt Dr. H. Neue und Priv.-Doz. Dr. W. Vorkastner in Greifswald. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Herausgegeben von Prof. Dr. K. Bonhoeffer. Band XXXIV. August 1913, Heft 2.

Die Verfasser kommen bei ihren Feststellungen zu folgenden Ergebnissen:

1. Der in der Greifswalder Klinik erzielte Prozentsatz positiver Wassermann-Reaktionen bei progressiver Paralyse beträgt für das Blutserum 96, für den Liquor 95,5. Die Fälle aus früherer Zeit wurden nur nach der Originalmethodik untersucht; auf sie entfallen die meisten negativen Reaktionen.

2. In einigen wenigen Fällen zeigt sich die positive Reaktion im Serum nur durch die Methodik nach Kromayer und Trinchese und im Liquor nur durch die Auswertungsmethode nach Hauptmann.

3. Seit Anwendung der verbesserten Methoden konnten die Verfasser in jedem Falle von progressiver Paralyse die luische Aetiologie nachweisen.

4. Trotzdem gelingt es nicht in jedem Falle von progressiver Paralyse, eine positive Wassermann-Reaktion gleichzeitig in beiden Körperflüssigkeiten zu erhalten, und zwar scheint sie nach den Fällen zu schließen, im Liquor konstanter zu erzielen zu sein als im Blutserum.

5. Das Schwanken der Wassermann-Reaktion, auf das bei syphilitischen Krankheiten von anderer Seite aufmerksam gemacht worden ist, kommt auch bei progressiver Paralyse in unbestimmten kürzeren oder längeren Zeitabständen vor. Es empfiehlt sich deshalb, in zweifelhaften Fällen bei negativem Ausfall der Reaktion sich nicht mit einer einmaligen Untersuchung zu begnügen.

6. Der manchmal auch nur durch Anwendung der neuen Modifikationen erzielte positive Ausfall der Wassermann-Reaktion hat oft die Diagnose erleichtert oder gesichert.

7. In seltenen Ausnahmefällen allerdings stellt die positive Reaktion, insbesondere der Lumbalflüssigkeit, eine nicht unerhebliche Erschwerung der Diagnostik dar. Hier vor allem muß das klinische Bild volle Bewertung beanspruchen.

Dr. Többen-Münster.

Ueber die Infektiosität des Blutes Syphilitischer. Von Dr. Richard Frühwald. Aus der dermatolog. Klinik in Leipzig. Wiener klin. Wochenschrift; 1913, Nr. 42.

Bei Ueberimpfung syphilitischen Blutes in den Kaninchenhoden gelang es, hier eine spezifische Gewebsveränderung hervorzurufen, die sich meist in einer umschriebenen Verdickung am oberen Pole des Hodens manifestierte. In dem abgestrichenen Sekret waren Spirochaeten in großer Zahl nachweisbar. Bei Primäraffekten mit beginnendem Exanthem fielen die Versuche stets positiv aus.

Das Blut syphilitischer Menschen muß als ein hochinfektiöses Agens angesehen werden. Das Blut ist nicht nur im Primärstadium, sondern auch im Latenzstadium infektiös. Wenn trotz dieser Infektiosität relativ selten Berufsinfektionen vorkommen, so liegt das wohl daran, daß stets größere Mengen Blutes (1 ccm im Tierversuch) zur Infektion nötig sind.

Dr. Dohrn-Hannover.

Biologische Studien an Gonokokken unter besonderer Berücksichtigung des Uranoblens. Von Dr. A. Glück. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1913, Nr. 43.

Neue therapeutische und prophylaktische Versuche bei Gonorrhoe. Von Prof. Dr. C. Bruck. Ebenda.

Praktische Resultate mit der Caviblen-Therapie. Von Dr. A. Sommer. Ebenda.

In der dermatologischen Klinik Neissers in Breslau hat der Verfasser ein neues von Bruck angegebenes Silberpräparat, das aus einer Verbindung des Silbers mit Uranin besteht und von Bruck Uranoblen genannt ist, im Desinfektionsversuch auf seine gonokokkentötenden Eigenschaften untersucht. Es konnte festgestellt werden, daß das Uranoblen sicher gonokokkentötende Wirkung bereits in einer zehnfach geringeren Konzentration entfaltet, als der therapeutisch anwendbaren entspricht. Zugleich wurde festgestellt, daß verschiedene Gonokokkenstämme sich gegenüber Silbersalzen sehr verschieden resistent verhielten, so daß bei gewissen Stämmen von „Silberfestigkeit“ gesprochen werden muß; eine Tatsache, die für die Therapie von großer Wichtigkeit ist.

In einer anderen Arbeit berichtet Bruck eingehend über das neue Mittel und seine Anwendungsformen. Er glaubt in der Caviblen-Uranoblenbehandlung der Gonorrhoe sowohl in prophylaktischer, wie in therapeutischer Hinsicht einen bemerkenswerten Fortschritt erreicht zu haben. In einem dritten Aufsatz werden gleich günstige praktische Resultate der Cariblentherapie von Sommer mitgeteilt. Dr. R. Mohrmann-Stade.

---

4. Tropenhygiene u. Tropenkrankheiten (Malaria u. Schlafkrankheit).

Ueber das Vorkommen der Wassermannschen Reaktion bei akuten Malariakrankheiten in den Tropen. Von Dr. J. de Haan. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene; 1913, Bd. 17, Nr. 20.

Bei einzelnen Personen, die an einer der verschiedenen Formen akuter Malaria leiden, kommt eine positive Wassermannsche Reaktion vor, die als eine Folge der Infektion mit Malariaparasiten aufzufassen ist. Nach Chininbehandlung geht diese positive Reaktion über in eine negative, die beim Eintreten eines Rezidivs wieder positiv wird. Dr. Dohrn-Hannover.

Ein Beitrag zur Behandlung der Malaria. Von Stabsarzt Dr. Grothusen. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene; 1913, Bd. 22.

G. redet der intramuskulären Chinineinverleibung das Wort. Diese Methode ist für den Kranken angenehmer; der Arzt kann das Mittel besser dosieren, das Chinin selbst wird besser resorbiert. Die Injektion (0,5 Chinin. bimuriat. täglich) erfolgt am besten in die Muskulatur des Oberarmes.

Dr. Dohrn-Hannover.

Die Uebertragung der Schlafkrankheit durch den Geschlechtsakt. Von Stabsarzt Dr. Diesing. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene; 1913, Heft 22.

In Kamerun machte B. die Beobachtung, daß die zu Zuchtzwecken mitgebrachten Hengste und Stiere zuerst und am schwersten an der Tsetsekrankheit erkrankten. Es liegt der Gedanke nahe, daß durch die beim Decken entstehenden kleinen Epithelverletzungen die Krankheitserreger ihren Weg in das gesunde Tier nehmen. Ein analoges Verhalten wie bei der Dourine, die lediglich durch den Geschlechtsakt übertragen wird, ist sehr wohl möglich.

Es ist naheliegend auch beim Menschen, eine Uebertragung der Schlafkrankheit durch den Geschlechtsverkehr anzunehmen. Man sollte das Augenmerk auf die an Schlafkrankheit leidenden Europäer richten, die in die Heimat zurückkehren, um hier Heilung zu suchen. Um die Verschleppung der Seuche nach Europa zu hindern, müßte auf den Kanarischen Inseln eine Quarantänestation eingerichtet werden. Dr. Dohrn-Hannover.

Untersuchungen über die Bedeutung des Großwildes und der Haustiere für die Verbreitung der Schlafkrankheit. Von Stabsarzt Dr. Taute. Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt; 1913, Bd. 45, H. 1.

Der Verfasser fand in Portugiesisch-Nyassaland im Blut von 37 Stück Großwild sechs mal Trypanosomen, die nach Aussehen und Tierpathogenität vollkommen dem Trypanosoma rhodesiense, dem Erreger der Schlafkrankheit, glichen. Trotzdem war die Gegend vollkommen frei von Schlafkrankheit. Uebertragungsversuche, die der Verfasser an sich selbst vornahm, verliefen sämtlich ganz ergebnislos. Es handelte sich also um Trypanosoma brucei, das sich nur durch seine mangelnde Menschenpathogenität von den Trypanosoma rhodesiense unterscheiden ließ. Ohne sehr sorgfältige Untersuchung kann man also das Großwild und die Haustiere für die Verbreitung der Schlafkrankheit nicht verantwortlich machen.

Dr. Hutt-Breslau.

---

5. Sonstige Krankheiten.

Ein Fall von menschlicher Filaria-Infektion. Von Dr. N. Schultz-St. Petersburg. Zentralblatt für Bakteriologie; 1913, I. Abt, Orig., Bd. 71, Heft 5/7.

Es handelt sich um eine russische Aerztin, die 7—8 Monate nach einem Aufenthalt im Süden die Anwesenheit von Filaria loa in ihrem Auge bemerkte. Das Blut enthielt viele Filarien. Es waren nicht die geringsten Beschwerden vorausgegangen. Die Wanderungen der Würmer: den Hals entlang in die Brust, ins Ohr, unter die Kopfhaut, die genau gefühlt werden, machen sehr lästige Beschwerden. Besonders schlimm wurde die Krankheit, als im Verlauf eines Schnupfens die Filarien in die Schädelhöhle eindrangen. Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, leichte Denk-Behinderungen, auch Krämpfe und Temperaturerniedrigung stellten sich ein. Nach dem Grad der Schmerzen kann die Kranke ziemlich genau bestimmen, ob die Würmer ruhen oder herum kriechen.

Ueber die Ansteckungsquelle hat sich nichts bestimmtes ermitteln lassen. Die Uebertragung soll ja durch eine Mücke vermittelt werden. Die Krankheit besteht nun 3 Jahre lang. Zuweilen gehen abgestorbene Würmer aus dem Bindehautsack und der Nase ab. Unter Argentum colloidale scheint eine Besserung von statten zu gehen. Dr. Hutt-Breslau.

---

6. Desinfektion und Bekämpfung von Fliegen und anderen Insekten.

Die Desinfektion von Teppichen. Von Dr. M. L. Lagane, Assistent am Institut Pasteur. Revue d' Hygiène et de Police sanitaire; 1913, Bd. 35, Nr. 10.

Die Desinfektion von Teppichen führt Verfasser in einem Apparat aus, in dem die Teppiche 2 Stunden lang bei einer Temperatur von 80 Grad Formalindämpfen ausgesetzt werden. Eine Schädigung der Teppiche wird vollständig vermieden. Ungeziefer und Bakterien werden vernichtet; dagegen überstehen die Sporen die Desinfektion ohne Schaden. Tuberkelbazillen werden abgetötet. Dr. Dohrn-Hannover.

Ein neues apparatloses Formaldehyd-Verdampfungsverfahren. Von Dr. A. Hauswirth. Deutsche mediz. Wochenschrift; 1913, Nr. 39.

Bei dem vom Verfasser angegebenen apparatlosen Formaldehydverdampfungsverfahren wird durch Mischung von kohlensaurem Kalk, Formalin, Methylalkohol, Wasser und Schwefelsäure Formaldehyd entwickelt. Besondere Apparate sind nicht erforderlich. Die Entwicklung des Formaldehyd geht sehr stürmisch vor sich; jedoch ist zur Erreichung einer sicheren Desinfektionswirkung eine Abdichtung des Raumes erforderlich. Infolge seiner Wirksamkeit, seiner Billigkeit, seiner überall möglichen Anwendung und seiner Einfachheit, die nach der Ansicht des Verfassers trotz ihrer unbedingten Notwendigkeit heute noch sehr vernachlässigten Wohnungsdesinfektion zum Gemeingut der Aerzte und des Volkes zu machen. Ob allerdings letztere Anschauung und das erstrebte Ziel tatsächlich den allgemeinen Ansichten über die Fragen entspricht, erscheint dem Referenten fraglich.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Allerlei Unerfreuliches von der Stubenfliege. Von Dr. K. Grünberg-Berlin. Kosmos; 1913, H. 9 und 10.

Eine weibliche Stubenfliege kann 5—6 mal 100—150 Eier ablegen. Im Laufe eines Sommers können in unserem gemäßigten Klima 5—6 Generationen auf einander folgen, unter besonders günstigen Umständen wohl auch noch mehr. Die Maden (Larven) schlüpfen je nach Feuchtigkeit und Temperatur in 8—24 Stunden aus den Eiern aus; sie können unter besonders günstigen Ernährungsbedingungen, bei genügender Feuchtigkeit und einer Temperatur von 30—35° C schon in 5 Tagen die volle Größe von etwa 12 mm erreichen. Im Durchschnitt wird man 10—12 Tage auf die Larvenzeit rechnen. Bei der Verpuppung wird die Larvenhaut zu der hartschaligen rotbraunen Tonne. Schon 3—4 Tage nach der Verpuppung kann die Fliege ausschlüpfen. Unter sehr günstigen Umständen kann sich also die ganze Entwicklung von der Eiablage bis zum Ausschlüpfen der Fliegen schon in 9 Tagen vollziehen. 14 Tage nach dem Ausschlüpfen sind die Fliegen wieder fortpflanzungsfähig.

Die Fortpflanzungsperiode beginnt im Mai oder Anfang Juni und dauert bis in den Oktober. Im Spätsommer, in den Monaten August und September, sind die Stubenfliegen am häufigsten.

Im Spätsommer, etwa von Mitte August an, fällt eine beträchtliche Zahl der Fliegen einem Pilz, der Empusa muscae, zum Opfer. Was nicht an dem Pilz zugrunde geht, stirbt an Altersschwäche. Nur ein kleiner Teil der letzten Bruten überdauert den Winter, während sonst die normale Lebensdauer einer Stubenfliege 8 Wochen nicht überdauern dürfte.

Eine Mischung von Milch und Formalin wird zur Vertilgung empfohlen.

Wilcke-Genthin.

C. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Soziale Hyigene.

Im Kampf gegen Tuberkulose, Säuglingssterblichkeit und Alkoholmißbrauch. Von Dr. med. Bogusat-Bremen. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1913, Nr. 24.

Wenn sich auch ein merkliches Sinken der Sterbefälle an Tuberkulose seit Jahren eingestellt hat, so ist diese Krankheit doch immer noch ein Hauptfaktor der Sterblichkeit. In der Bekämpfung der Krankheit ist als neueste Schöpfung das Tuberkulose-Museum zu nennen. Hier sollen durch reiches Anschauungsmaterial dem Publikum in leicht faßlicher Weise die notwendigsten Kenntnisse über das Wesen der Tuberkulose übermittelt werden Diese Museen sind weiter ausgestaltet worden, indem sie auch zur Anschauung bringen Krankheiten und Leiden, die in gewisser Beziehung zu der Tuberkulose stehen, so die Säuglingssterblichkeit und der Alkoholmißbrauch.

Als Apendix hieran ist in manchen Museen auch eine Sammlung, die sich auf Wohnungsfürsorge bezieht, und die nicht genug hervorgehoben und betont werden kann; denn die Tuberkulose geht der Wohnungsdichtigkeit parallel. Dr. Hoffmann-Berlin.

Die Beziehungen zwischen einer rassenhygienischen Erziehung und der öffentlichen Gesundheitspflege. Vortrag auf dem Pariser Kongreß des Royal institute of public health. Von Mrs. A. C. Gotto, Hon. secretary the eugenics education society. The journ. of state medicine; 1913, XXI, Nr. 10.

Wie groß die Verantwortlichkeit der Gesellschaft gegenüber der öffentlichen Gesundheitspflege ist, geht schon aus den Berichten der Schulärzte hervor, die angeben, daß von allen Schulkindern 1 % Augenmängel, 30 % vergrößerte Tonsillen und 90 % schlechte Zähne aufweisen. Da die Einrichtung in England noch nicht lange genug besteht, läßt sich allerdings nicht angeben, ob die Zahlen sich gegenüber früher verbessert oder verschlechtert haben. — Für die Rassenhygiene wichtig ist das Vorgehen des Schöneberger Magistrates, der kinderreichen, verheirateten Beamten vor anderen den Vorzug gibt und der für jedes vierte und spätere Kind eine Beihilfe gewährt.

Ob der Bau von Heilstätten für die Zukunft von großem Werte ist, erscheint zweifelhaft. In England stehen zwar 1500000 £ dafür zur Verfügung; die Ansicht der Aerzte über den Wert der Heilstätten aber ist geteilt. Viele glauben, daß in bestimmten Familien eine geringe Widerstandskraft gegen Tuberkulose erblich sei, daß, wenn auch akzidentelle Tuberkulose einmal vorkemme, die meisten Fälle auf bestimmte „stocks" beschränkt blieben, die die Tendenz zur Entwicklung der Tuberkulose hätten. Die Belastung, die die gesunden Staatsbürger durch solche Steuern erfahren, beschränkt die Geburtenzahl, verlängert zwar das Leben von Gliedern tuberkulöser Familien, ermöglicht ihnen aber auch, ihre Nachkommenschaft zu vermehren. So sinkt diese bei Gesunden, steigt aber bei Tuberkulösen und verschlechtert für die Zukunft die Norm der Volksgesundheit. Die Aufgaben der Rassenhygieniker und das Ideal der öffentlichen Gesundheitspflege sind eigentlich identisch: Es handelt sich darum, daß sich die größte Zahl der nächsten Generationen aus solchen Stämmen ergänzt, die gegen Krankheit am widerstandsfähigsten sind, den höchsten Fond normaler Gesundheit aufweisen, verbunden mit geistiger Leistungsfähigkeit und sittlichem Halte. Wie soll dies geschehen? Für öffentliche Aufklärung wirkt heute am meisten von allen Ständen der Arzt, nicht einmal die Kirche ausgenommen. Außer der Aufklärung bedarf es noch vielfacher Untersuchungen, z. B. des Einflusses des biologischen Faktors bei der Säuglingssterblichkeit; wie wirkt das Alter der Eltern auf die Nachkommen; wodurch sind bestimmte Typen bestimmten Infektionskrankheiten besonders ausgesetzt; wie wirkt der zeitliche Zwischenraum zwischen den einzelnen Geburten auf die Säuglingssterblichkeit? Allerdings ist der Amtsarzt in jeder Stadt der am meisten überbürdete Mann. Trotzdem könnte er bei solchen Untersuchungen wenigstens seine geschulten und freiwilligen Assistenten zur Verfügung stellen, die etwa bei dem Studium der Säuglingssterblichkeit die Verhältnisse der Handwerkerfamilien in Mietwohnungen prüfen könnten, ihre Familiengeschichte zu vergleichen hätten und nur Kreise aus derselben sozialen Schicht in das Bereich der Betrachtung zu ziehen hätten. Mehrere große Städte hätten in ihrem Gebiete dasselbe zu tun. Da in diesen Fällen nicht das ungünstige Milieu der ganz armen Familien als Faktor in Betracht käme, würden solche Untersuchungen wertvolle Ergebnisse über den Einfluß des biologischen Faktors auf die Säuglingssterblichkeit liefern. Auch auf die Schule hätte sich die Aufklärung zu erstrecken. Die Kinder lernen viel Buchgelehrsamkeit, die z. T. nützlich, z. T. nutzlos ist; sie lernen die Notwendigkeit, die Wahrheit zu sprechen, daß Ehrenhaftigkeit die beste Politik gegenüber dem Nachbar sei, werden in die Anfangsgründe des esprit de corps eingeführt, der jetzt in der „Gewerbevereinsloyalität" sich so wesentlich zeigt; die Pflicht gegen den Nächsten hat aber auch die gegenüber der nächsten Generation in sich zu schließen; die Schüler sind deshalb in Kenntnissen auszubilden, die sie zum Elterntum tauglich macht. Jedes Individuum ist ein Glied in der Entwicklungskette, und als solches für die Zukunft der Rasse und des Vaterlandes verantwortlich. Zunächst sind die Lehrer auf dem Gebiete der elementaren Biologie und der Sexualhygiene — am besten durch den Amtsarzt — in Kursen zu unterrichten. Die Lehrer hätten die Schüler weiterhin auszubilden. Der Gedanke der Rassenverantwortlichkeit in den Jahren der Entwicklung würde mehr, als jede Gesetzgebung der Welt die Heirat und das Elterntum der Tauglichen ermutigen, von der Ehe zwischen

Tauglichen und Untauglichen abhalten und den Weg vorbereiten, daß Schwachsinnige nicht geboren werden. Dr. Mayer-Simmern.

Zur Frage des Bevölkerungsrückganges in Neupommern. Von Regierungsarzt Dr. Karl Kopp. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene; 1913, Bd. 17, Nr. 21.

Der Rückgang der Bevölkerung in Neupommern ist nicht eine Folge des Geburtenrückganges. Es besteht vielmehr ein außerordentlicher Kinderreichtum, der unter normalen Verhältnissen ein rasches Anwachsen der Volkszahl zur Folge haben müßte; denn in Nord-Neupommern kommen auf 1000 Einwohner 614 Kinder (in Deutschland 534). Die Ursachen des Bevölkerungsrückganges liegen vielmehr in der vollkommenen Unkultur und dem Mangel jeglicher Hygiene. Die Ankylostomiasis, Malaria, Frambösie, Filiariasis und andere Krankheiten entkräften die Bevölkerung und dezimieren sie. Die Kultivierung unserer Kolonien ist ein dringendes Erfordernis, um sie zu einem wertvollen Besitz zu machen. Dr. Dohrn-Hannover.

Die Bestrebungen der Eugenik in den Vereinigten Staaten von Nordamerika und ihre Uebertragung auf deutsche Verhältnisse. Von Sanitätsrat Dr. W. Feilchenfeld-Berlin-Charlottenburg. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1913, Nr. 26.

Nachdem man in Amerika die Bedeutung der Erblichkeit geistiger und körperlicher Eigenschaften erkannt hat, sucht man durch gesetzliche Vorschriften das zu erzwingen, was eine Veredelung der Rasse herbeiführen könnte. Ueber die Durchführung der Gesetze und über ihren Erfolg hat Geza v. Hoffmann in einer Arbeit „Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten von Nordamerika" sich ausführlich verbreitet. Die Quintessenz des Vortrages gipfelt darin, daß weitere Forschung auf dem Gebiet der Vererbungslehre notwendig ist, und daß die Ergebnisse dieser Forschung in die Masse des Volkes gebracht werden müssen. Dann wird man für eine Förderung des Volkes und für eine Hebung des Nationalwohlstandes sorgen. Dr. Hoffmann-Berlin.

Ein sozialhygienischer Gesetzentwurf aus dem Jahre 1800, ein Vorbild für die Gegenwart. Von Dr. Alfons Fischer. Annalen für soziale Politik und Gesetzesgebung; Berlin 1913. Verlag von J. Springer.

Lorenz v. Stein betont, daß entweder der Jurist bis zu einem gewissen Grade Mediziner oder der Mediziner bis zu einem gewissem Grade Jurist sein muß. Aber erst in der Neuzeit sehen wir, daß Juristen sich eingehender mit medizinischen und hygienischen Problemen befassen und umgekehrt Aerzte auch das Gebiet der Volkswirtschaftslehre und Gesetzeskunde betreten. Sicher, daß wir in der Gesundheits *technik* in den letzten Jahrzehnten außerordentliche Fortschritte gemacht haben, aber in der sozialen und Rassenhygiene haben wir noch annähernd nicht die Höhe des Johann Peter Franck (System einer vollständigen medizinischen Polizey, 1779 Mannheim) erreicht (Referent glaubt, daß wir seit Halbscheid des vorigen Jahrhunderts hierin stark zurückgegangen sind und erst in allerneuester Zeit wieder einen Schritt vorwärts machen). Franz Anton Mai hat mit seinem Buche: „Stolpertus, der Polizei-Arzt im Gerichtshof der medizinischen Polizeigesetzgebung von einem patriotischen Pfälzer, Mannheim 1882" einen gerade in der Gegenwart höchst interessierenden Gesetzesvorschlag gemacht. Er verlangt Vorschriften: 1. für gesunde Wohnplätze und Reinlichkeit der Luft, 2. für gesunde Nahrung und Volkstränke, 3. für gesunde Kleidertracht, 4. für Volkslustbarkeiten in medizinischer Hinsicht, 5. für die Gesundheit verschiedener Handwerker, 6. für gesunde Fortpflanzung des Menschengeschlechts, 7. für schwangere Mütter, für Gebärende und Wöchnerinnen, 8. für neugeborene Kinder und ihre Erziehung, 9. für Verhütung verschiedener dem öffentlichen Gesundheitswohl schädlicher Unglücksfälle, 10. für Rettung verunglückter Menschen und Scheintoter, 11. für Sterbende und Tote, 12. für Abwendung ansteckender Krankheiten, 13. für öffentliche Krankenpflege, 14. für Vorkehrungen gegen Viehkrankheiten, 15. für das Medizinalwesen, 16. für Verbreitung nützlicher medizinischer Begriffe unter dem Volke.

Im einzelnen fordert er: Aufklärung über die Gefahren der sexuellen

Krankheiten; Abraten von Heiraten der nicht erwachsenen, ungesunden Söhne und Töchter, sich weder mit zu jungen noch zu alten oder durch Ausschweifungen ausgesaugten Bräutigamen ehelich zu verbinden. Er fordert ein Verbot der vier und fünf Stockwerk hohen Häuser, Verbot der Kellerwohnungen; verlangt Luft und Licht in den Häusern und in den Straßen; er zieht gegen den Alkoholismus stark zu Felde, ebenso gegen das Schnüren der Frauen und verlangt Spiele, turnerische und militärische Uebungen der Jugend bis zu 20 Jahren. In rassenhygienischer Beziehung fordert er ein ärztliches Zeugnis vor der Ehe und detailliert die Forderungen der ärztlichen Untersuchung; er gibt genaue Vorschriften für das Ehealter und verlangt Steuerzuschlag für die unfruchtbaren Ehen und für die Hagestolzen. Für fruchtbare Ehefrauen schlägt er eine Ehrenmünze vor; er will den Lebensmittelspielraum der Schwangeren durch Einschränkung des Pfändungsrechtes erhöhen (auch heute eine sehr notwendige Forderung; Ref.). Vorbildlich sind seine Vorschläge für die außereheliche Schwangerschaft. Er bespricht das vorzeitige Arbeiten nach der Entbindung und fordert eine Notkasse für die Mütter. Diese Notkassen sollen von dem, was wir jetzt Lustbarkeitssteuer nennen und in den allgemeinen Stadtsäckel fließt, alimentiert werden. Seine Sozialhygiene ist jetzt noch vorbildend. Franz Anton Mai verdient der Titel „Urheber der Hygienegesetzgebung“.

2. Aerzte und Medizinalbeamte.

Das Verhältnis zwischen Amtsarzt und Kassenarzt in England. Von Meredith Young, M. D., D. P. H., County med. off. of health; 1918, XXVI, Nr. 11, S. 321—327.

Der Autor schlägt vor, daß der Amtsarzt weniger als bisher sich um die gesundheitlichen Verhältnisse von Grund und Boden, von Wasserversorgung und Abwasser kümmern solle, und daß er diese Aufgaben einem seiner Leitung unterstellten Gesundheitsdepartement zu überlassen habe, daß er statt dessen sich mehr des kranken Menschen annehmen möge und die Chanzen ausnütze, die ihm das Versicherungsgesetz von 1911 mit seinen reichen Arbeitsgelegenheiten und Geldquellen biete. Die Aufsicht über Siechen-, Armen- und Krankenhäuser, über Heilstätten, die Fürsorge für Krankenpflege, für Hebammen- und Wochenpflege, die Kontrolle über die Impfung, über die standesamtliche Eintragung von Geburten und Todesfällen müssen ihm ausschließlich obliegen. Grade wie das Versicherungsgesetz die Bestimmung über die bis dahin von den Gesellschaften zu Krankenversicherungszwecken aufgesammelten Summen zweckentsprechend geregelt habe, wie das Unterrichtsgesetz von 1902 das Vermögen, das bestimmte Schulen zu verwalten hatten, auf den Staat übernahm, so sollte jetzt die ärztliche Tätigkeit für Krankenhäuser, für Arme und für Krankenkassen verstaatlicht werden und der Amtsarzt an der Spitze der neuen Organisation stehen.[1]) Verfasser befürchtet nicht, daß dadurch dem praktischen Arzte Einkommen und Tätigkeit geschmälert werden. Da durch die Schaffung der Krankenkassen manche Rechnung eingehe, die früher verloren gewesen wäre, da zu hoffen sei, daß der Staat die neue staatsärztliche Tätigkeit gewiß durch Anerkennung, Auszeichnung, Geldunterstützung fördern werde, so werde voraussichtlich eine Hebung des ärztlichen Standes die Folge sein. Die Kranken würden nicht bloß die bestmöglichen Hilfeleistungen erhalten, sondern auch ehrlich über den Befund aufgeklärt werden. Der Arzt gebe offen und frei Auskunft, wenn eine böse Geschwulst, eine Tuberkulose, Syphilis, Schwachsinn vorliege, wenn Alkoholismus, Morphiumgebrauch zu diagnostizieren sei und brauche nicht, wie bisher, die Diagnose zu beschönigen. Die Aerzte würden früher, in den Anfangsstadien der Krankheit zugezogen werden. Die Statistik werde zuverlässiger werden. Die Krankheitserwartung für verschiedene Alter, Klassen und Oertlichkeiten, für die einzelnen Berufe könne festgestellt werden. Allerdings dürften die Aerzte nicht, wie jüngst in Hide und Lancashire, ihre Dienste insofern versagen, als sie auf den Krankenscheinen die Art der Krankheit nicht bescheinigen wollten —, das erschwere die Statistik ebenso, wie man in Deutschland beobachtet habe, daß zu Zeiten der Arbeitslosigkeit die Unterstützungen durch die Krankenkassen regelmäßig zunehmen, so daß die zu solchen Zeiten

[1]) Cf. Mrs. Webb. Siehe diese Zeitschrift; 1910, S. 659.

attestierte „Blutarmut“ oder „Erschöpfung“ von Arbeitern nicht ganz der Wahrheit entspreche. Auch Tuberkulöse können arbeitsfähig sein, selbst wenn sie zu Tuberkulineinspritzungen sich beim Arzte einfinden müssen.

Der Aufsatz gibt wertvolle Aufschlüsse über die den englischen Behörden bei Schaffung des Versicherungsgesetzes von Deutschland gegebenen Auskünfte. Die Arbeitgeber hatten den Nutzen betont, den ihre Arbeiter durch das Krankenversicherungsgesetz und schließlich sie auch selbst davon hatten, daß ihre Leute leistungsfähiger blieben; ob die Inanspruchnahme der Armenpflege dadurch abgenommen habe, sei übrigens aus den Berichten nicht hervorgegangen. Dr. Mayer-Simmern.

3. Verkehr mit Giften.

Ueber Ratt-entrit. Von Oberarzt Dr. Busch. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1913, Heft 24.

Ratt-entrit wird von einer Münchener Firma als Mischpräparat von Bakterienkulturen und -Giften in den Handel gebracht. Busch züchtete aus ihm Stäbchen, die sich durch ihr Verhalten gegen Gärtner-Serum als Bakterien erwiesen, die der Gärtner-Gruppe nahestehen. Durch eine — allerdings sehr kleine — Zahl von Versuchen wurde die Giftigkeit für weiße Mäuse festgestellt. Er schließt hieraus, daß dem Präparat auch für Menschen eine gewisse Infektiosität innewohnt und ihm daher die chemischen Mittel, die Phosphor oder Scilla enthalten, vorzuziehen sind. (Ueber Schädigungen von Menschen durch diese Bakterien ist im Jahrgang 1909 dieser Zeitschrift mehrfach berichtet worden. Ref.) Dr. Bernstein-Mühlhausen i. Thür.

Besprechungen.

Prof. Dr. Ph. Lochte, Kreisarzt und Direktor der gerichtsärztlichen Unterrichtsanstalt in Göttingen: **Gerichtsärztliche und polizeiärztliche Technik.** Ein Handbuch für Studierende, Aerzte, Medizinalbeamte und Juristen. Mit 193 Abbildungen im Text und 1 Spektraltafel. Wiesbaden 1914. Verlag von J. F. Bergmann. Gr. 8°, 794 S. Preis: 27 Mark.

Die gerichtliche Medizin hat im Deutschen Reich seit Errichtung von gerichtlich-medizinischen Instituten in fast allen deutschen Universitäten, besonders im letzten Jahrzehnt, eine außerordentliche Förderung durch die fleißigen und erfolgreichen wissenschaftlichen Forschungen und Arbeiten in diesen Instituten erfahren; den besten Beweis dafür gibt das vorliegende Werk, in dem gleichsam das Ergebnis aller dieser Leistungen niedergelegt ist, um es nicht blos den ärztlichen Sachverständigen, sondern auch den Juristen zugängig und nutzbar zu machen. Es gibt uns ein Einblick von der Manigfaltigkeit und Wichtigkeit der an den Gerichtsarzt herantretenden Aufgaben und bringt die Lösung dieser Aufgaben in so vortrefflichen Einzeldarstellungen, daß es seinen beabsichtigten Zweck, gleichzeitig dem Lehrer und dem Lernenden ein Nachschlagewerk zu sein, in vollem Umfange erfüllt. — In dem allgemeinen Teil werden die Photographie und das Röntgenverfahren im Dienste der gerichtlichen Medizin von Physikus Dr. Reuter Hambuvg bezw. Prof. Dr. Hildebıand-Marburg, sowie die Identifikationsmethoden vom Herausgeber Prof. Dr. Lochte-Göttingen geschildert. Der erste Unterabschnitt der speziellen Teils behandelt die Technik der Untersuchung simulationsverdächtiger Personen: Augenkranker (Prof. Dr. Schieck-Königsberg i. Pr.), Ohrenkranker (weil. Prof. Dr. Bürkner-Göttingen) und sonstiger Erkrankten und Verletzten (Gefängnisarzt Dr. Fr. Leppmann-Berlin. Ihm folgt dann im zweiten Unterabschnitt die Darstellung der Untersuchungen verschiedener Asservate: von Blutspuren (Prof. Dr. Ziemke-Kiel), Haaren (Prof. Dr. Hildebrand-Marburg), Federn (Prof. Dr. Lochte-Göttingen), Sperma, Mekonium usw. (Privatdozent Dr. P. Fraenckel-Berlin), Menschen- und Tierknochen (Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Beumer-Greifswald), einschließlich einer Abhandlung über die Bakteriologie im Dienste der gerichtlichen Medizin (Prosektor Dr. Bohne-Hamburg). Der dritte Abschnitt ist den Untersuchungen bei Ermittelung von Körperverletzungen und bei Feststellung des natürlichen und des gewaltsamen Todes gewidmet; er enthält

Abhandlungen über die Untersuchung bei plötzlichen Todesfällen (Prof. Dr. Richter-München), Leichen erstickter Personen (Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Beumer-Greifswald), Leichen Estrunkener (Kreisarzt Dr. Revenstorf-Rummelsburg), Schußverletzungen (Med.-Rat Prof. Dr. Puppe (Königsberg i. Pr.), Einwirkung stumpfer Gewalt (Physikus Dr. Reuter-Hamburg), Tod durch Verbrennen, Erfrieren, Verhungern und elektrische Energie sowie behufs Unterscheidung postmortaler, agonaler und vitaler Verletzungen (Kreisassistenzarzt Dr. Gerlach-Göttingen). Im vierten Unterabschnitt wird die Untersuchung von Sexualdelikten einschließlich des Kindesmordes besprochen und zwar von Sittlichkeitsverbrechen und Hermaphroditen (Priv.-Doz. Dr. P. Fraenckel-Berlin), Fortpflanzungsfähigkeit, Schwangerschaft und Geburt (Privatdozent Dr. Zoeppritz-Göttingen), Fruchtabtreibung (Prof. Dr. Stumpf-München) und Nachweis des Kindesmordes (Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ungar-Bonn). Der letzte Unterabschnitt: Die Untersuchungen von Vergiftungen bringen zwei Abhandlnngen über die anatomischen Veränderungen bei Vergiftungen, den botanischen und biologischen Giftnachweis (Privatdozent Dr. Flury-Würzburg) und über den chemischen Giftnachweis (Prof. Dr. C. Ipsen-Innsbruck) sowie als Anhang eine solche über die ärztlichen Kunstfehler und ihre Beurteilung in straf- und zivilrechtlicher Hinsicht (Herausgeber).

Diese kurze Uebersicht des Inhalts zeigt am besten, wie außerordentlich reichhaltig dieser ist und wie jeder Zweig der gerichtsärztlichen Technick seine Berücksichtigung gefunden hat. Der Versuch des Herausgebers, die gerichtliche Medizin unter dem Gesichtspunkte der Technik zu behandeln, muß nicht nur als ein glücklicher, sondern auch als ein vollkommen gelungener bezeichnet werden. Das Werk füllt nach dieser Richtung eine tatsächlich vorhandene Lücke aus und kann den beteiligten Kreisen, namentlich den Gerichtsärzten, Medizinalbeamten und nicht beamteten Aerzten aufs wärmste empfohlen werden. Die vorzügliche Ausstattung, die der Verleger dem Werke hat zu teil werden lassen, verdient besondere Anerkennung. Rpd.

Prof. Dr. A. H. Hübner, Oberarzt der psychiatrischen und Nervenklinik in Bonn: **Lehrbuch der forensischen Psychiatrie.** Bonn 1914. A. Marcus & E. Webers Verlag. Gr. 8°, 1066 S. Preis: 26 M., geb. 28 M.

Man ist in neuerer Zeit gewöhnt, daß große medizinische Hand- und Lehrbücher meist von mehreren Fachmännern bearbeitet werden, wodurch nicht selten die Einheitlichkeit des Werkes mehr oder weniger beeinträchtigt wird. Im Gegensatz hierzu haben wir es in dem vorliegenden Lehrbuch mit einem Werke aus einer Hand und aus einem Guß zu tun; ein Vorzug, der nicht zu unterschätzen ist und sich auch als ein solcher in den fesselnd und überzeugend vorgetragenen Anschauungen des Verfassers bemerkbar macht. Ein weiterer Vorzug des Werkes ist ferner der, daß in ihm nicht blos, wie in den bisherigen gleichartigen Lehrbüchern, das Straf- und Bürgerliche Recht, sondern entsprechend dem erweiterten Kreis der psychiatrischen Sachverständigentätigkeit auch das deutsche und preußische Disziplinarrecht, das Militärstrafrecht, die Beamten-, Pensions- und Unfallfürsorgegesetzgebung und vor allem die Reichsversicherungsordnung berücksichtigt sind. Die Einteilung des Stoffes ist demzufolge in zweckmäßiger Weise nach diesem Rechtsgebieten erfolgt und den sie behandelnden mehr speziellen Abschnitten ein allgemeiner Teil vorausgeschickt, in dem die Psychologie und allgemeine Symptomatologie der Geisteskrankheiten, ihre Symptome in körperlicher Hinsicht, die pathologisch-anatomischen Befunde, die Aetiologie insbesondere die erbliche Belastung, Simulation und Dissimulation sowie die Krankheitsbedingungen eingehend besprochen werden. Mit Recht hat Verfasser bei den einzelnen Kapiteln über die verschiedenen Rechtsgebiete nicht blos die einschlägige — auch die österreichische — Gesetzgebung und zwar meist im Wortlaut angefügt, sondern auch der Rechtsprechung eine Berücksichtigung zu teil werden lassen, wie sie in diesem Umfange selten gefunden wird. Er hat sich dabei nicht auf eine kurze auszugsweise Wiedergabe wichtiger Entscheidungen beschränkt, sondern diese, soweit als erforderlich, wörtlich wiedergegeben und sich gleichzeitig bemüht, die in diesen Urteilen zutage tretenden scheinbaren oder wirklichen

Widersprüche der obersten Gerichte aufzuklären. Sehr willkommen werden, besonders dem angehenden Sachverständigen, auch die mehrfach zur Erläuterung mitgeteilten Beispiele und Gutachten sein, die sämtlich für ihren Zweck gut ausgewählt sind. Das Lehrbuch verdient die weiteste Verbreitung sowohl bei den Juristen und Verwaltungsbeamten, als namentlich bei den Aerzten, für deren Gebrauch es in erster Linie bestimmt und geschrieben ist. Rpd.

Dr. A. Friedländer: Der Morphinismus, Kokainismus, Alkoholismus und Saturnismus. Mit besonderer Berücksichtigung seiner (1. Ref.) Heilung und Vorbeugung. Jena 1913. Verlag von Gustav Fischer. 8°, 47 S. Preis: 1,20 M.

Ein kurzer Abriß zum Gebrauch „für Aerzte, Gewerbeinspektoren, Versicherungsgesellschaften". Der kleine Lapsus im Untertitel weist darauf hin, daß auf eine der Intoxikationen der Hauptwert gelegt ist. Das ist der Morphinismus, dem bei aller Kürze die relativ breiteste Darstellung gewidmet ist. Besprochen wird neben anderen Arten der Entziehung auch die mittels der Skopolamin-Morphium-Methode. Dr. Rühle-Halle-Nietleben.

Dr. Toby Cohn: Die mechanische Behandlung der Nervenkrankheiten. Berlin 1913. Verlag von Julius Springer. Gr. 8°, 140 S. Preis: geb. 6,80 M.

Erweiterte Umarbeitung seiner „Mechanotherapie" im Handbuch der Neurologie von Lewandowsky. In einem allgemeinen Teil werden physiologische Wirkung der mechanischen Heilfaktoren beschrieben und ihre Indikationen umgrenzt. Möglichst keine mechanische Therapie ohne genügende physiologische Fundamentierung. Die einzelnen Kapitel dieses ersten Teiles behandeln allgemeine Regeln, Massage, Gymnastik, Uebungstherapie und Sport. Ganz neu darin ist die Besprechung der physiologischen Vorgänge beim Sport und seine Anwendung als therapeutisches Agens bei den verschiedensten Nervenkrankheiten. Es ist ein besonderes Verdienst des Verfassers, diesem Gegenstande, der vorher noch nirgends ausführlich bearbeitet worden ist, eine eingehende wissenschaftliche Darstellung gewidmet zu haben. Im speziellen Teil, der von den verschiedenen, der Mechanotherapie zugänglichen Nervenkrankheiten handelt, werden die Anwendungsformen kritisch begründet und ebenso ihre Grenzen gezogen. Dr. Rühle-Halle-Nietleben.

Dr. med. A. Sopp-Frankfurt a. M.: **Suggestion und Hypnose. Ihr Wesen, ihre Wirkung und ihre Bedeutung als Heilmittel.** Würzburg 1913. Verlag von Curt Kabitzsch. Kl 8°; 72 S. Preis: 2,20 M.

Diese kurze Schrift ist zur Aufklärung für weitere Kreise bestimmt; dementsprechend befleißigt sich der Autor einer nüchternen und anspruchslosen Darstellung. Eine solche Behandlung des z. T. heiklen und noch nicht im ganzen Umfange geklärten Gegenstandes ist geeignet, die mannigfachen falschen Vorstellungen, die im Publikum über Suggestion und Hypnose noch herrschen, beseitigen zu helfen. Dr. Rühle-Halle-Nietleben.

I. H. F. Kohlbrugge-Utrecht: **Historisch kritische Studien über Goethe als Naturforscher.** Würzburg 1913. Verlag von Curt Kabitzsch. Kl. 8°, 154 S. Preis: 3 M.

Diese Schrift gibt Variationen über das Thema „Goethe und kein Ende". Sie werden den übertriebenen Goetheschwärmern keine Sphärenmusik bedeuten. Die Goethepanegyristen haben ihrem Heros einen schlechten Dienst erwiesen, als sie den Naturforscher Goethe auf denselben hohen Sockel stellten wie den Dichter Goethe. Das mußte endlich zum offenen Widerspruch herausfordern. Kohlbrugges auf umfassendem Material beruhende kritische Studien haben nun auch ein — Unterrichtete nicht erstaunendes — wahrhaft betrübendes Resultat erbracht. Goethes naturwissenschaftliche Leistungen sind und waren ohne ernsten wissenschaftlichen Wert; daneben haben sich wenig erquickliche psychologische Einblicke in den Menschen Goethe ergeben. Doch wer objektiv urteilen will, muß das Original lesen, dessen Lektüre trotz des Resultates ein Genuß ist.

Dr. Rühle-Halle-Nietleben.

Prof. Dr. F. Gumprecht, Geh. Med.-Rat in Weimar, Geh. Oberreg.-Rat **G. Pfarrius**-Berlin-Wilmersdorf, und **Dr. O. Rigler**-Darmstadt: **Lehrbuch der Arbeiter-Versicherungsmedizin.** Unter Mitwirkung von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Cramer †-Göttingen, Dr. F. Curschmann-Greppin-Werke, Sanitätsrat Dr. H. Dippe-Leipzig, Prof. Dr. M. Dreesmann-Köln a. Rh., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. W. Ebstein †-Göttingen, Prof. Dr. Eichelberg-Göttingen, Sanitätsrat Dr. H. Feilchenfeld-Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. M. Fürbringer-Berlin, Oberstabsarzt Prof. Dr. Rud. Graeßner-Köln a. Rh., Prof. Dr. Jul. Grober-Jena, Prof Dr. H. Heineke, Leipzig, Prof. Dr. M. Henkel-Jena, Prof. Dr. H. Hildebrand-Marburg, Priv.-Doz. Dr. S. Jellinek-Wien, Priv.-Doz. Dr. W. Kaskel-Berlin, Med.-Rat Dozent Dr. H. Knepper-Düsseldorf, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. F. Penzoldt-Erlangen, Prof. Dr. Erh. Riecke-Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Th. Rumpf-Bonn a. Rh., Prof. Dr. G. Sticker-Bonn a. Rh., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rod. Stintzing-Jena, Prof. Dr. W. Stock-Jena, Priv.-Doz. Dr. P. Wagner-Leipzig, Prof. Dr. K. Wittmaack-Jena. Mit 82 Abbildungen im Text. Leipzig 1913. Verlag von Joh. Ambrosius Barth. Gr. 8°; 643 S. Preis: 24 M., geb. 25,50 M.

Mit Recht betonen die Verfasser in ihrem Vorwort, daß es zurzeit an einem recht brauchbaren Lehrbuch fehlt, das namentlich dem ärztlichen Praktiker und Sachverständigen mit möglichst geringer Zeitaufwendung eine rasche Orientierung über alle Zweige der Arbeiter-Versicherungsmedizin ermöglicht. Diese Lücke soll das frisch aus der Praxis heraus, ohne Ballast von Literatur, Polemik und Theorie geschriebene Lehrbuch ausfüllen und deshalb nicht bloß die Unfall-, sondern auch die Kranken- und die Invaliditätsversicherung mitberücksichtigen. Besonderer Wert ist auf die Vereinigung aller Disziplinen in dem Werke gelegt; die Nebengebiete der täglichen Praxis, die Augen-, Ohren-, Frauen- und Geisteskrankheiten sind daher in die Darstellung miteinbezogen und von erfahrenen Fachmännern behandelt. Auch die ärztlichen Standesfragen sind namentlich mit Rücksicht auf die Krankenversicherung nicht unberücksichtigt geblieben.

Auf die einzelnen Abhandlungen des Werkes hier näher einzugehen, würde zu weit führen; nach einer Einleitung über soziales Versicherungsrecht von Privatdozent Dr. W. Kaskel, folgen zunächst die Abschnitte über die ärztliche Tätigkeit in der Arbeiterversicherung im allgemeinen von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Gumprecht-Weimar, über ärztliche Gutachten von Prof. Dr. Hildebrand-Marburg, über Simulation und Dissimulation von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rumpf-Bonn und über prozentuale Abschätzung der Erwerbsfähigkeit von Dr. O. Rigler-Darmstadt. Sie bilden gleichsam den allgemeinen Teil, dem sich dann der spezielle anschließt, in dem die Verletzungen und Erkrankungen nach den einzelnen Organen und Körperteilen ihre Darstellung durch hervorragende Fachmänner gefunden haben. In einem Schlußkapitel wird die private Lebensversicherung behandelt, während eine besondere Besprechung der gerade für die Aerzte nicht unwichtigen privaten Unfallversicherung fehlt. Für eine hoffentlich recht bald notwendige Ausgabe des weite Verbreitung verdienenden Werkes dürfte sich vielleicht auch die wörtliche Wiedergabe der wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen im Wortlaut sowie eine größere Berücksichtigung der Rechtsprechung empfehlen; gerade von dem Praktiker wird sicherlich eine solche Ergänzung mit Freuden begrüßt werden, auch wenn dadurch der Umfang des Buches ein etwas größerer werden müßte.

Rpd.

Dr. Walter Kaskel, Gerichtsassessor und **Dr. Fr. Sitzler**, Regierungsassessor, beide Hilfsarbeiter beim Reichsversicherungsamt: **Grundriss des sozialen Versicherungsrechtes.** Berlin 1912. Verlag von Julius Springer. Gr. 8°. 484 S. Preis: 9 M., geb. 11 M.

Das Werk ist zwar in erster Linie für Verwaltungsbeamte, Juristen, Berufsgenossenschaften, Krankenkassenvorstände usw. bestimmt, sein Inhalt ist aber auch für alle Aerzte, gleichgültig, ob sie vorzugsweise ärztliche Praxis ausüben oder hauptsächlich auf ärztliche Sachverständigentätigkeit beschränken, von großem Wert; denn es bietet eine übersichtliche, klare, verständliche, systematische und auf wissenschaftlicher Grundlage beruhende Dar-

stellung des ganzen Versicherungsrechtes, die ein völliges Vertrautwerden mit dieser für den ärztlichen Stand so wichtigen Materie ermöglicht. Der Grundriß zerfällt in fünf Teile, von denen der erste (allgemeiner Teil) die allgemeinen Lehren vom Entschädigungsanspruch erörtert und ebenso wie der vierte und fünfte Teil: Entschädigungsanspruch bei Unfällen und seine Geltendmachung in Streitsachen (Versicherungsprozeß) von Dr. Kaskel bearbeitet ist, während die beiden anderen Teile, Entschädigungsanspruch bei Krankheit (II) und bei Invalidität und Tod (III) — Recht der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung einschließlich der Angestelltenversicherung — von Dr. Sitzler verfaßt sind. In jedem einzelnen der die drei Versicherungsrechte betreffenden Teile werden zunächst die Voraussetzungen, Gegenstand des Entschädigungsanspruchs und sodann seine Verwirklichung und sein Verhältnis zu anderen Ansprüchen behandelt. Der Grundriß bildet somit einen vorzüglichen Kommentar zu der Reichsversicherungsordnung, die leider im Wortlaut nicht beigefügt ist; es ist dies für den praktischen Gebrauch des Werkes ein bei der zweiten Auflage leicht zu beseitigender Mangel; denn man muß sonst bei seinem Studium immer noch eine Reichsversicherungsordnung zum Nachschlagen zur Hand haben, da die im Text des Grundrisses oder in den hierzu gemachten Auszügen doch den Wortlaut des Gesetzes nicht völlig ersetzen können, zumal auf diese ständig verwiesen wird. Auch die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes könnte mehr berücksichtigt werden unter Mitteilung grundlegender Entscheidungen.

Rpd.

Prof. Dr. Carl Mense-Cassel: **Handbuch der Tropenkrankheiten.** Zweite Auflage. I. Band. Mit 200 Abbildungen im Text, 10 schwarzen und 2 farbigen Tafeln. Leipzig 1913. Verlag von Joh. Ambr. Barth. Lex.-Form. 295 S. Preis: 16,20 M., geb. 18 M.

Seit dem Erscheinen der auch in dieser Zeitschrift besprochenen ersten Auflage des vorliegenden Handbuches ist die Tropenmedizin durch fortgesetzte Forschungen und Betrachtungen ganz außerordentlich gefördert; bis dahin noch unbekannte Gebiete sind aufgeklärt, manche bisherigen Anschauungen haben sich als unzutreffend erwiesen und sind auf Grund einwandsfreier Untersuchungsergebnisse durch neuere ersetzt. Allen diesen Fortschritten soll in der neuen Auflage Rechnung getragen werden; der Name der Verfasser wie die Namen seiner zahlreichen Mitarbeiter bürgen auch dafür, daß dies in dem noch ausstehenden zweiten Bande ebenso geschieht, wie es in dem bisher erschienenen ersten bereits geschehen ist. Dieser ist, abgesehen von einem kurzen Abschnitt über die Phlebotomen (von Dr. R. Doerr-Wien und Dr. V. Ruß-Wien) fast ausschließlich den Krankheitserregern und Krankheitsübertragern unter den Arthopoden gewidmet, die als solche in Betracht kommen, insbesondere den hierher gehörigen Insekten (Läuse, Flöhe, Wanzen, Stechmücken, Fliegen usw.). Der betreffende Abschnitt ist von Dr. A. Eysell in Cassel bearbeitet und bringt bei jeder der geschilderten Arthopodengruppen nicht blos ihre Morphologie, Anatomie, Physiologie und Biologie, sondern auch ihre Prophylaxe und die zu ihrer Vernichtung erforderlichen Maßregeln, dagegen bleiben die durch sie hervorgerufenen Krankheiten selbst und deren Behandlung zunächst unerörtert. Es scheint demnach eine anderweite Einteilung des Stoffes als bei der ersten Auflage getroffen zu sein; ob zum Vorteil des Gesamtwerkes, läßt sich nach dem ersten Bande noch nicht beurteilen. Jedenfalls zeichnet sich dieser durch Klarheit der Darstellung aus; desgleichen ist sein Inhalt durch zahlreiche Abbildungen erläutert, wie denn überhaupt die Ausstattung des Werkes, deren Neuauflage den beteiligten Kreisen sehr willkommen sein wird, nichts zu wünschen übrig läßt. Rpd.

Dr. Prof. L. Bauer: **Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung** (mit Ausschluß der Tuberkulose). Band I und II. Würzburg 1912, 1913 und 1914. Verlag von C. Kabitsch. Lex. Form. 594 und 604 S. Preis: je 20 Mark.

Die unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner herausgegebenen klinischen Beiträge, bei denen Dr. H. Schottmüller und Dr. H. Much, beide ebenso wie der Herausgeber am Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, die Redaktion für die Originale, Dr. H. Lüdke in Würz-

burg diejenigen für die Ergebnisse übernommen haben, will in Form von kritischen Berichten fortlaufend eine umfassende Uebersicht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Infektionskrankheiten und der Immunitätsforschung sowie ein lückenloses Bild der Forschungsergebnisse bieten und dem Praktiker auf diese Weise die Früchte klinischer und wissenschaftlicher Arbeit nutzbar machen. Aus den zahlreichen Arbeiten des ersten Bandes seien besonders hervorgehoben diejenigen von E. Abderhalden über das von ihm erfundene Dialysierverfahren, von E. v. Behring über Orthokrasie, Dykrasie, Idiosynkrasie, Eukrasie und Anaphylaxie, von C. Bruck und A. Uffenheimer über Anaphylaxie, von W. Lindemann über Infektionsbild bei Abortus criminalis, von C. Römer über Bakteriämie bei Aborten, von F. Fromme über Aetiologie der puerperalen Infektion, von A. Schloßmann über Verhütung der Uebertragung akuter Infektionskrankheiten im Krankenhause und von H. Schottmüller über Febris herpetica. Nicht minder wertvoll sind die in dem zweiten Band veröffentlichten Abhandlungen, von denen die Leser dieser Zeitschrift besonders interessieren dürften die Arbeiten über Meningokokkenserum von P. Aaser, über Bazillenträger bei Diphtherie von H. Deist, über Theorie und Praxis der Vakzinationsbehandlung von L. Detre, über die puerperale Infektion vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt aus von H. Döllner, über Epidemiologie der akuten Kinderlähmung von M. Deußen, über Infektion und Diabetes von C. Funck, über Serodiagnostik der Syphilis von O. Porges und P. v. Szily. Der reiche Inhalt bildet die beste Empfehlung der Beiträge. Rpd.

Prof. Dr. A. Beythien-Dresden, **Prof. Dr. C. Hartwich**-Zürich und **Prof. Dr. Klimmer**-Dresden: **Handbuch der Nahrungsmitteluntersuchung.** Drei Bände. Mit mehreren Tafeln und zahlreichen Abbildungen im Text. Leipzig 1912/1913. Verlag von Chr. H. Tauchnitz. I. Band. 16 Lieferungen zu je 6 Bogen. Lex.-Format, 1072 S. Preis: 40 M.

Die Verfasser wollen mit ihrem großen und für das praktische Bedürfnis bearbeiteten Handbuch eine systematisch-kritische Zusammenstellung aller Methoden zur Untersuchung der Genuß- und Gebrauchsgegenstände, einschließlich des Wassers und der Luft sowie der Gebrauchsgegenstände unter Beifügung der Methoden zur Untersuchung der menschlichen und tierischen Ausscheidungen und Entleerungen geben; in einem Anhange soll dann eine Beurteilung der Nahrungs- usw. Mittel sowie der anderen Gegenstände auf Grund der namentlich im Deutschen Reiche, Oesterreich-Ungarn und der Schweiz bestehenden Gesetze folgen.

Es sind drei Bände vorgesehen, von denen der erste den chemisch-physikalischen, der zweite den botanisch-mikroskopischen und der dritte, den bakteriologisch-biologischen Teil umfaßt. Vollständig erschienen ist bis jetzt der erste Band: Chemisch physikalischer Teil, der von Prof. Dr. Benthyen bearbeitet ist. Entsprechend dem Zwecke des Werkes, ein unbedingt zuverlässiger Ratgeber bei den Arbeiten im Laboratorium zu sein, hat Verfasser das Hauptgewicht auf die möglichst genaue Beschreibung derjenigen Methoden gelegt, die in der Praxis allgemein anerkannt und für gewisse Zwecke amtlich vorgeschrieben sind; dabei wird die chemische und die rechtliche Beurteilung der Untersuchungsergebnisse scharf von einander getrennt und am Schluß jeden Abschnittes eingehend erörtert, welche Schlußfolgerungen aus den analytischen Befunden zu ziehen sind. Außer Nahrungs- und Genußmitteln bei denen übrigens auch die Feststellung ihres Nährwertes und ihrer Verdaulichkeit erörtert wird, sind auch die Gebrauchsgegenstände und, was die Medizinalbeamten und Gerichtsärzte besonders interessieren dürfte, der Nachweis von Giften und die Untersuchung von Harn berücksichtigt; ebenso werden in den beiden anderen Teilen Abhandlungen über Untersuchungen von Sputum, Rachenbelag und sonstigen menschlichen Ausflüssen und Entleerungen gebracht. Wir werden darauf zurückkommen, wenn diese Bände, von denen bis jetzt erst je 2 Lieferungen erschienen sind, vollständig vorliegen. Jedenfalls handelt es sich hier um ein Handbuch, das sich nicht bloß den Nahrungsmittelchemikern als ein unentbehrliches Hilfsmittel, sondern sich auch für Hygieniker, ärztliche und tierärztliche Sachverständige, Apotheker usw. als wertvolle Bereicherung ihrer Bibliothek erweisen wird. Rpd.

Prof. Dr. G. Brühl-Berlin: **Lehrbuch und Atlas der Ohrenheilkunde.** Unter Mitwirkung von Hofrat Prof. A. Politzer-Wien herausgegeben. Dritte völlig umgearbeitete und verbesserte Auflage. Mit 270 farbigen Abbildungen auf 56 Tafeln und 187 Textabbildungen. München 1918. J. F. Lehmanns Verlag. 12°, 499 S. Preis: 14 M.

Dr. L. Grünwald-München: **Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.** Dritte vollständig umgearbeitete und erweiterte Auflage. Teil I.: Lehrbuch. Mit 10 farbigen und 220 schwarzen Abbildungen. Teil II: Atlas. Mit 57 vielfarbigen Tafeln. Ebenda 1912. 799 bez. 79 S. Preis: 12 M. bezw. 10 M.

Prof. Dr. K. B. Lehmann-Würzburg und **Prof. Dr. R. O Neumann**-Gießen: **Atlas und Grundriss der Bakteriologie und Lehrbuch der speziellen bakteriologischen Diagnostik.** Zwei Bände. Mit 700 vielfarbigen Originalbildern. Fünfte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Ebenda 1912. 777 S. Preis 20 Mark.

Alle drei vorliegenden Lehrbücher mit Atlanten stellen Neuauflagen dar, die nicht nur in bezug auf den textlichen Teil ein mit den Fortschritten der Wissenschaft entsprechende Umarbeitung, z. T. auch eine wesentliche Erweiterung, sondern auch in bezug auf die beigegebenen Atlanten mit ihren farbigen und nichtfarbigen zahlreichen Abbildungen, photographischen Darstellungen eine erhebliche Verbesserung und Vermehrung erfahren haben, so daß sie allen Aerzten nur von neuem aufs wärmste empfohlen werden können Die Ausstattung der Lehrbücher und Atlanten ist wie immer eine hervorragende; die Verlagsbuchhandlung kommt in dieser Hinsicht den Verfassern stets in der opferopferwilligsten Weise entgegen, so daß jede Neuauflage ihrer medizinischen Handatlanten auch nach dieser Richtung einen besondere Anerkennung verdienenden Fortschritt bedeutet. Rpd.

Tagesnachrichten.

Wie in den Vorjahren wird auch in diesem Jahre und zwar am Mittwoch, den 22. April, vormittags 10 Uhr, im großen Sitzungssaale des Ministeriums des Innern eine **amtliche Konferenz der Regierungs- und Medizinalräte** stattfinden, bei der Fragen aus dem Gebiete der Seuchenbekämpfung zur Verhandlung kommen werden.

In der Zeit vom 16. April bis 5. Mai und vom 6.—25. Mai werden **Fortbildungskurse für Kreisärzte** in gerichtlicher Medizin und Psychiatrie, Staatsarzneikunde und Hygiene abgehalten: außerdem findet vom 23. April bis 2. Mai ein Fortbildungskursus in Hygiene (besonders Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung) für Regierungs- und Medizinalräte und Kreisärzte in der Königl. Landesanstalt für Wasserhygiene statt.

Nach dem jetzt vorliegenden Kommissionsbericht über die erste Lesung des **Entwurfs des Wohnungsgesetzes**, hat die Kommission in bezug auf die im Entwurf in baupolizeilicher Hinsicht sowie über die Benutzung der Gebäude und über die Wohnungsaufsicht vorgesehenen Vorschriften nur einige wesentliche Aenderungen vorgenommen. Nach Art. 3 § 1 soll künftighin der Regierungspräsident den Erlaß von Wohnungsordnungen auch für Gemeinden mit weniger als 10000 Einwohner anordnen können, was eine Verbesserung des Entwurfes bedeutet. Dagegen ist der Aufsichtsbehörde das Recht auf Anordnung der Errichtung eines Wohnungsamtes und Anstellung eines Wohnungsaufsehers insofern beschnitten, als sie die Errichtung eines Wohnungsamts nur für Gemeinden über 50000—100000 Einw. und die Anstellung sachkundiger Wohnungsaufseher (beamteter oder ehrenamtlich tätiger) nur für Gemeinden von 10000—50000 Einw. vorschreiben kann, während ihr in dem Entwurf dieses Recht für kleinere Gemeinden allgemein eingeräumt war. Es ist dies in gesundheitlicher Hinsicht zweifellos eine Verschlechterung, von der man deshalb nur wünschen kann, daß sie bei der weiteren Beratung des Entwurfs wieder beseitigt wird. Zu dem Baufluchtliniengesetz (Art. 1) sind ebenfalls mehrere Zusätze und Abänderungen vorgenommen, die aber im großen und ganzen als Verbesserungen anzusehen sind. So soll künftighin bei Festsetzung der Fluchtlinien auch auf das

Wohnungsbedürfnis Bedacht genommen werden (Zus. zu Art. 1 § 3 Abs. 1, § 5 Abs. 1 und 3); außerdem ist durch neu eingefügte Bestimmungen (§ 15a—15e) den Eigentümern von Grundstücken, die an einer Straße oder einem Straßenteil mit bereits festgelegten Fluchtlinien grenzen, die Befugnis zum Ausbau dieser Straße usw. unter gewissen Bedingungen (Anschluß an eine Entwässerungsanlage und öffentliche Wasserleitung, Bebauung der Grundstücke innerhalb einer Frist von 2 Jahren mit gesunden und zweckmäßig eingerichteten Wohnungen usw.) auch gegen den Willen der Gemeinde eingeräumt.

Ein Antrag auf Einstellung eines Betrages von 25 Millionen Mark zur Förderung der Zwecke des Wohnungsgesetzes (Beschaffung gesunder, zweckmäßig eingerichteter Wohnungen für Unbemittelte durch Gewährung von Darlehen oder Zuschüssen, zweite Hypotheken) wurde leider von der Kommission nach längerer Beratung abgelehnt.

Zum **Salvarsan-Streit** schreibt die „Nordd. Allg. Ztg.“ in einer offiziösen Darlegung: „Die Angriffe insbesondere seitens des bei der Berliner Sittenkontrolle beschäftigten Arztes Dr. Dreuw wegen des Salvarsan haben in jüngster Zeit in der Presse auch zu Angriffen gegen die Medizinalbehörden Veranlassung gegeben. Diese Vorwürfe können nicht als berechtigt anerkannt werden. Die Arbeiten Ehrlichs sind seitens der obersten Medizinalbehörden auf das sorgfältigste verfolgt, und alle über das Salvarsan und seine Anwendungen erschienenen Veröffentlichungen gewissenhaft geprüft worden. Eine Maximaldosis ist seitens der Behörden deshalb nicht festgesetzt worden, weil sie sich einmal nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft überhaupt noch nicht einwandfrei feststellen läßt, sodann aber, weil jeder Arzt im Interesse des Kranken die Maximaldosen bekanntlich bestimmungsgemäß überschreiten darf. Angebliche Salvarsan-Todesfälle haben sich der überwiegenden Mehrzahl nach anderweitig aufgeklärt. Daß Salvarsan sowohl allein, als auch in Verbindung mit Quecksilber den Verlauf der Syphilis überaus günstig beeinflußt, hat die Erfahrung der Sachverständigen jetzt völlig einwandfrei festgestellt.“

Alsdann weisen die Auslassungen auf Grund amtlicher Feststellungen die Preßangriffe wegen angeblicher zwangsweiser Salvarsanbehandlung von Prostituierten gegen die Krankenhausleitung und die städtischen Behörden in Frankfurt a. M. zurück. Nach diesen amtlichen Feststellungen sind vom 18. Mai 1910 bis jetzt über 11 000 Personen in der dermatologischen Abteilung des Frankfurter städtischen Krankenhauses mit Salvarsan behandelt, ohne daß auch nur eine Ertaubung oder Erblindung festgestellt worden ist. Zum Schluß heißt es dann: „Es wäre im Interesse des Ansehens der deutschen Wissenschaft in hohem Grade erwünscht, wenn sich die Gemüter über diese Angelegenheit nunmehr beruhigen und die weitere Entwicklung der wissenschaftlichen Forschungen abwarten möchten. Jedenfalls werden es die Medizinalbehörden an Sorgfalt bei der Verfolgung dieser Entwicklung nach wie vor nicht fehlen lassen.“

Der **III. Deutsche Kongreß für Krüppelfürsorge** findet am Mittwoch, den 3. Juni d. J., vormittags in Heidelberg (Ballsaal der Stadthalle, Eingang Bienenstraße) statt. Die vorläufige Tagesordnung ist folgende:

Dienstag, den 2. Juni: 8 Uhr abends: Begrüßung in der Schloßgartenwirtschaft. Gemütliches Beisammensein.

Mittwoch, den 3. Juni: 10 Uhr vormittags: Begrüßung durch den Vorsitzenden Geh. Ob.-Reg.-Rat Dr. Becker-Freiburg. Hierauf 1. Prof. Dr. Biesalski-Berlin: Die Beteiligung des Staates an der Krüppelfürsorge. 2. Prof. Dr. Spitzy-Wien: Ueber die körperliche Erziehung des Kindes. 3. Prof. Dr. Vulpius-Heidelberg: Knochen-Gelenktuberkulose und Krüppelfürsorge. Danach Mitglieder-Versammlung der Deutschen Vereinigung und Sitzung des Ausschusses dieser Vereinigung.

Zwischen 12 und 2 Uhr gemeinsames Mittagessen (trockenes Gedeck 1,50 Mark) in der Stadthallenwirtschaft.

Nachmittagssitzung (2 Uhr): 1. und 2. Dr. Fürstenheim-Michelstadt i. O. und Erziehungsinspektor Würtz-Berlin: Ueber den Seelenzustand

des Krüppels. 3. Pastor Ulbrich-Cracau bei Magdeburg: Was für Erziehungsmittel sind im Krüppelheim anzuwenden: 4. Pastor Ahrends-Hannover: Der Krüppel als Handwerker und 5. Arbeitsvermittlung für entlassene Zöglinge. 6. Anstaltslehrer Kirmsse-Idstein i. Taunus: Venel, der Begründer der Krüppelbehandlungsinstitute. 7. Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Hauser-Karlsruhe: Ueber die Anzeigepflicht der Kinderlähmung. 8. Dr. Rosenfeld-Nürnberg: Entwicklung der ambulanten Krüppelfürsorge. 9. Dr. Blencke-Magdeburg: Das Kurpfuschertum in der Krüppelfürsorge. 10. Dr. Dam-Brüssel: Krüppelfürsorge in Belgien. 11. Dr. B. Lange-Straßburg i. E.: Krüppelfürsorge in Elsaß-Lothringen.

6 Uhr nachmittags: Ausflug nach der Stiftsmühle. Abendessen daselbst.

9 Uhr abends: Gemeinsame (für die Kongreßteilnehmer kostenlose) Kahnfahrt von der Stiftsmühle Neckarabwärts zur Schloß- und Brückenbeleuchtung, gegeben von der Stadt Heidelberg. Nachher Zusammenkunft im Stadtgarten.

Donnerstag, den 4. Juni: 9 Uhr vormittags: Besichtigung des Landeskrüppelheims. Führer Prof. Vulpius. (Haltestelle der Straßenbahn nach Rohrbach).

11[23] Uhr vorm.: Eisenbahnfahrt nach dem mittelalterlichen Wimpfen am Neckar. Nach gemeinsamem, einfachen Mittagessen Rundgang durch die Stadt und Fahrt nach dem Sanatorium Soolbad Rappenau für Knochen-, Gelenk- und Drüsenleiden. Führer Prof. Vulpius.

Pest. In Deutsch-Ostafrika ist am 13. v. M. ein tödlich verlaufener Fall an Lungenpest vorgekommen; in Britisch-Ostindien hat die Zahl der Pest-Erkrankungen (Todesfälle) vom 22. Frebruar bis 7. März 11260 (9458) und 14626 (12232) betragen, also gegenüber den Vorwochen eine wesentliche Steigerung, in Niederländisch-Indien vom 25. Februar bis 10. März: 518 (468); in Ceylon (Colombo) sind vom 24. Januar bis 20. Februar 30 Todesfälle festgestellt; in Hongkong (Viktoria) vom 15—28. Februar: 18 (13), in Brasilien (Bahia) vom 24. Januar bis 21. Februar: 6 (3), in Chile vom 11.—31. Januar: 3 (3), in Peru vom 19. Januar bis 15. Februar: 170 Erkrankungen, in Ecuador im Januar: 56 (22).

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 8. bis 28. März 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rückfallfieber, Fleckfieber, Aussatz, Tollwut, Rotz, Pocken: — (—), — (—), 1 (—); Milzbrand: 5 (—), 2 (—), 1 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 1 (—), 2 (—), 7 (—); Unterleibstyphus: 116 (15), 98 (20), 130 (13); Ruhr: 3 (—), 8 (1), 8 (2); Diphtherie: 1902 (128), 1724 (124), 1678 (113); Scharlach: 1663 (61), 1593 (62), 1576 (79); Kindbettfieber: 131 (30), 125 (30), 108 (30); Genickstarre: 3 (3), 6 (1), 10 (1); spinaler Kinderlähmung: 1 (—), 2 (—), 1 (1); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 7 (—), 5 (—), 2 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 222, 362, 361; Tuberkulose (gestorben): 846, 920, 870.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. St. in P.: Sind Dattelsaft und Webers Alpenkräutertee außerhalb der Apotheken frei verkäuflich?

Antwort: „Dattelsaft" ist ein „Obstsaft" und daher frei verkäuflich; Webers Alpenkräutertee ist dagegen als Heilmittel anzusehen, auch wenn er auf den Umhüllungen usw. nur als Vorbeugungsmittel bezeichnet wird, und demzufolge dem Verkehr entzogen (s. Urteile des Kammergerichts vom 11. Juli 1910 und des Oberlandesgerichts in Breslau vom 7. Juni 1910, Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung in Nr. 16 und 18 dieser Zeitschrift, 1910, S. 119 u. 154).

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 9. Ausgegeben am 5. Mai 1914.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch
J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 9.

INHALT.

C. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

1. Bakteriologie und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

2. Cholera.

3. Pocken.

4. Pest.

5. Flecktyphus.

D. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Wohnungshygiene.

2. Bekämpfung der Rauch- und Staubplage.

3. Trinkwasserversorgung.

4. Beseitigung der Abfallstoffe und Abwässer; Reinhaltung der Flüsse.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem a. o. Prof. Dr. Georg Klemperer; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Stabsarzt Dr. Rodenwaldt in Berlin; —



der Kronenorden IV. Klasse: dem Assistenzarzt Dr. Klemm in der Schutztruppe für Ostafrika.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung: des Königlich Bayerischen Militärverdienstordens III. Klasse und des Kaiserlich Oesterreichischen Ordens der Eisernen Krone II. Klasse: dem Kaiserlich zweiten Leibarzt Reg.- und Oberstabsarzt Dr. Niedner in Berlin; des Chinesischen Chia-ho-Ordens IV. Klasse: dem Marine-Oberstabsarzt Dr. Kautzsch.

Ernannt: Der bisherige Staatsminister und Minister des Innern Dr. v. Dallwitz zum Kaiserlichen Statthalter in Elsaß-Lothringen; der Kreisarzt Med.-Rat Dr. Herrmann, kommissarischer Reg.- und Med.-Rat in Allenstein, zum Reg.- und Med.-Rat daselbst; der Kreisassistenzarzt Dr. Knoll, kommissarischer Kreisarzt in Bernkastel, zum Kreisarzt daselbst; Assistenzarzt Dr. Mahlo in Bruch zum Kreisassistenzarzt und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamt in Düsseldorf; Arzt Dr. Schirow in Steinau a. O. zum Kreisassistenzarzt des Stadt- und Landkreises Harburg; Dr. Mönckemüller, Oberarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Hildesheim zum Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache in Langenhagen.

Versetzt: Geh. Med.-Rat Dr. Flatten, Kreisarzt des Kreisarztbezirks Schöneberg-Wilmersdorf, nach Stadt- und Landkreis Hamm; Med.-Rat Dr. Eschricht, Kreisarzt und ständiger Hilfsarbeiter beim Polizeipräsidium in Berlin, in den Kreisarztbezirk Schöneberg-Wilmersdorf; Kreisarzt Med.-Rat Dr. Lemke im VII. Medizinalartzbezirk von Berlin als ständiger Hilfsarbeiter an das Polizeipräsidium nnd Kreisarzt Dr. Ascher in Hamm in den VII. Medizinalarztbezirk von Berlin.

Berichtigung: Dr. Wendenburg-Osnabrück ist zum Stadtarzt in Bochum ernannt; in Nr. 7 der Zeitschrift war irrtümlich „Breslau" angegeben.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **C. F. Boehringer & Söhne** in **Mannheim-Waldhof** über „Narcophin" bei, worauf wir noch besonders hinweisen.

---

27. Jahrg. Zeitschrift 1914.
für
MEDIZINALBEAMTE.
Zentralblatt

Gestorben: Kreisarzt Dr. O. Gerlach in Ilfeld (Hannover); Dr. O. Aronsohn, Dr. Markwald und Dr. E. Kegel in Berlin, Dr. Esch in Bendorf am Rhein; Med.-Rat Dr. Thiele, Kreisarzt a. D. in Cochem; San.-Rat. Dr. Paul Landsberg in Breslau; Geh. Med.-Rat Dr. Bode in Cassel, Mitglied des Provinzial-Medizinalkollegiums; General-Oberarzt z. D. Dr. von Scheuplein in Hochheim bei Koblenz; San.Rat Dr. Haase in Oels (Reg.-Bez. Breslau); Dr. Clarus in Friedland (Reg.-Bez. Breslau).

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Sanitätsrat: dem Hofrat Dr. v. Hoeßlin in München.

Ernannt: a. o. Professor Dr. Merkel in Erlangen zum außerordentlichen Professor der gerichtlichen Medizin und Landgerichtsarzt in München sowie zum Mitglied des Obermedizinalausschusses; der praktische Arzt Dr. Kerschensteiner in Holzkirchen zum Bezirksarzt in Neunburg v. W.; Dr. Ludwig Robert Müller, Oberarzt der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses in Augsburg zum außerordentlichen Professor für medizinische Poliklinik in Würzburg.

Gestorben: Beziksarzt Dr. Rittmayer in Mainburg, Hofrat Dr. Otto Korth in Nürnberg, Med.-Rat Dr. Tischler, Bezirksarzt a. D. in München, früher in Deggendorf.

Königreich Sachsen.

Erlaubnis erteilt zur Anlegung des Ritterkreuzes des Bulgarischen Alexanderordens: dem Dr. Steinkühler in „Weißer Hirsch“ bei Dresden.

Ernannt: Dr. Göpfert in Ostritz zum Gerichtsassistenzarzt.

Gestorben: Oberarzt a. D. Dr. Hermann A. Hentschel in Zwickau, Dr. Herm. Brandt in Gautzsch, San.-Rat Dr. Hartung in Kleinzschachwitz, Dr. Winkler in Leipzig.

mehr hier jeder weiblichen Person unbenommen, sich diese Apparate zu erstehen und sie zu verwenden, sei es, um sich im Sinne Blumms gegen Ansteckung zu schützen, sei es, um die Folgen des ehelichen oder außerehelichen Geschlechtsverkehres, d. i. die nicht gewünschte Konzeption zu verhindern zu suchen. Die hiesigen Maßnahmen sind vielmehr dieselben, die auch gegen Kondoms und Okklusivpessare usw. getroffen sind: Es war festgestellt, daß diese Gegenstände zu unzüchtigen Zwecken dienen und zu diesem Ziele verkauft werden; nach

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Sanitätsrat: dem Dr. Stützle, Badearzt des Jordanbades bei Biberach.

Grossherzogtum Baden.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Schaller in Oberkirch nach Bruchsal.

Grossherzogtum Hessen.

Ernannt: Priv.-Doz. Dr. Hohlweg in Gießen zum außerordentlichen Professor in der dortigen medizinischen Fakultät, praktischer Arzt Dr. Emil Hildenstab zum Bezirksassistenzarzt in Gengenbach (Amt Offenburg).

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Medizinalrat: dem San.-Rat Dr. Berwaldt in Schwerin; als Sanitätsrat: den prakt. Aerzten Dr. Peters in Kröpelin, Dr. Peters in Klütz, Dr. C. Lange in Rostock, Dr. Erich in Dahnken, Dr. Bruhn in Doberan, Dr. Lettow in Wustrow und Dr. Becker in Penzlin.

Gestorben: San.-Rat Dr. Beust in Rostock.

Grossherzogtum Sachsen-Weimar.

Gestorben: San.-Rat Dr. Münzel in Weimar.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Dr. Lindenstruth in Hamburg-Eppendorf, Dr. Jorns in Wolfenbüttel (Braunschweig).

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Die Bezirksarztstelle in **Mainburg.**

27. Jahrg. **Zeitschrift** 1914.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 9.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Mai.

Die Empfängnis und ihre Verhütung.

Von Dr. **B. Schlegtendal**, Reg.- und Geh. Med.-Rat in Berlin.

Die Ausführungen Blumms in Nr. 5 dieser Zeitschrift veranlassen mich zur nachfolgenden Ergänzung meines Aufsatzes vom Kampf gegen Unzucht und Unsittlichkeit in Nr. 4 auf S. 125 dieser Zeitschrift.

Um einer Verwirrung vorzubeugen, möchte ich zunächst darauf hinweisen, daß die Maßnahmen, die hier von der Polizeibehörde und der Staatsanwaltschaft gegen die Frauenduschen ergriffen sind, nicht den Handel, den Verkauf und Kauf, nicht auch die Benutzung derselben treffen sollen. Es bleibt vielmehr hier jeder weiblichen Person unbenommen, sich diese Apparate zu erstehen und sie zu verwenden, sei es, um sich im Sinne Blumms gegen Ansteckung zu schützen, sei es, um die Folgen des ehelichen oder außerehelichen Geschlechtsverkehres, d. i. die nicht gewünschte Konzeption zu verhindern zu suchen. Die hiesigen Maßnahmen sind vielmehr dieselben, die auch gegen Kondoms und Okklusivpessare usw. getroffen sind: Es war festgestellt, daß diese Gegenstände zu unzüchtigen Zwecken dienen und zu diesem Ziele verkauft werden; nach

§ 184 Str.-G.-B. durften sie nunmehr nicht weiter öffentlich angekündigt und feilgehalten werden; sie mußten aus den Schaufenstern und anderen Warenauslagen, die dem Publikum zugängig sind, verschwinden, können aber nach wie vor in Schränken oder Schubkästen, deren Einblick dem Publikum nicht möglich ist, zum Verkauf unbeanstandet aufbewahrt werden. In derselben Weise wird jetzt lediglich das Feilhalten, die öffentliche Ausstellung und Anpreisung auch der Frauenduschen verfolgt.

Wichtiger ist folgendes: Blumm verficht den Standpunkt, daß die Spermatozoen noch während des Beischlafsaktes oder doch in unmittelbarster Zeitfolge nach diesem in das Innere der Gebärmutter gelangten. Dasselbe wurde mir, wie ich a. a. O. im Nachtrage angegeben habe, in einem Termine an der Hand einer gutachtlichen Aeußerung eines anderen Frauenarztes von dem Verteidiger und von einem Arzte, den die Verteidigung geladen hatte, mündlich entgegengehalten. Sofern diese Annahme zuträfe, wäre allerdings die Frauendusche völlig ungeeignet, als empfängnisverhütendes Gerät gebraucht zu werden, gingen doch meine und meiner mir beitretenden Kollegen Ausführungen von der Voraussetzung aus, daß zwischen der Samenentleerung und dem Augenblicke, wo die Samenfäden in den Gebärmutterhals einzudringen beginnen, eine gewisse Zeit verstreiche. Diese Zeit wahrzunehmen, war schon das Bestreben derer, die den Irrigator, das als notwendigstes Gerät des ehelichen Schlafzimmers lange Zeit so warm empfohlene Gerät, anwandten, um der Empfängnis vorzubeugen. Diesen Zeitpunkt noch sicherer zu treffen, wurden die Frauenduschen erfunden und empfohlen. Wie es in verschiedenen Anpreisungen teils angedeutet, teils offen ausgesprochen ist, soll dieser Apparat in Tätigkeit gesetzt werden, sobald sich der Mann entfernt hat, ohne daß die Frau eine Lageveränderung des Rumpfes vorzunehmen oder sich gar aus dem Bett, dem „warmen Nestchen“, zu begeben brauchte. Neben der technischen Vervollkommnung bezüglich der Strahlrichtung und der Zurückhaltung der Flüssigkeit in der aufgetriebenen Scheidenhöhle usw. spielt die Schnelligkeit der Anwendung in situ behufs sicherster Ausnutzung der fraglich langen Zeitspanne eben die Hauptrolle bei der Frauendusche.

Die Anschauungen, die ich bisher hatte und die ich in den bisherigen Strafsachen für mein Gutachten habe maßgebend sein lassen, sind das Ergebnis der Studienzeit und aller Ergänzungen, die mir im Laufe der Jahrzehnte durch die Literatur zugeflossen sind, ohne daß ich mich der einzelnen Quellen und Herkünfte jetzt noch entsinnen könnte. Die Einwürfe, die mir jetzt gemacht worden sind, zwangen mich natürlich, mich dieser Frage nochmals zu widmen. Ich habe erfahrene und zuverlässige Kollegen konsultiert; sie kannten und wußten aber nichts anderes, als ich. Ich habe mich ferner in den neuesten Handbüchern umgesehen; aber nirgends habe ich eine Auffassung

maßgebend vertreten gefunden, die der meinigen widerspräche. Es möchte somit angebracht sein, diesen Punkt hier nochmals zu erörtern, teils um mich zu rechtfertigen, teils um dem Leserkreise dieser Zeitschrift zu dienen.

Das was bei der Betätigung des Mannes im Beischlafsakte vor sich geht, wissen wir genau. Wir wissen, daß der Same, der auf der Höhe der Erregung in die Scheide entleert wird, eine Mischung ist 1. des Erzeugnisses der Hoden (Samenfäden) und 2. des Sekretes der Prostata und anderer kleinerer und kleinster Drüsen von der Wegstrecke, die der Samen zurückzulegen hat. Wir wissen, daß diese Mischung erst über der Entwicklung des Beischlafsaktes zustande kommt.

Wir wissen ferner, daß die Samenfäden im konzentrierten Hodenerzeugnis unbeweglich sind; es fehlt ihnen das Menstrum, vielleicht auch der Anreiz, sich in Bewegung zu setzen. Erst wenn das Sekret der Prostata usw. hinzugetreten ist, das zähere Gemenge, wie es aus den Samenbläschen kommt, auflösend und verflüssigend durchdringt und seine spezifischen Bestandteile an die Spermatozoen herangebracht hat, gewinnen diese Fäden gleichzeitig die Belebung, sich zu regen, und die Freiheit, sich in loseren Schwärmen und in einem dünnflüssigen Medium zu bewegen und mit einer gewissen Geschwindigkeit fortzubegeben.

Wir wissen ferner, daß die Reaktion der Scheidensekrete sauer ist und die Spermatozoen hierdurch geschädigt werden, indem sie hierdurch zunächst gelähmt und schließlich sogar vernichtet werden, daß ihnen aber die Sekrete des Uterus mit ihrer alkalischen Reaktion angemessener sind, mit dem Endergebnis, daß sie darin ihre volle Beweglichkeit behalten, weite Wanderungen antreten und noch nach Tagen und Wochen sowohl in der Gebärmutter, als auch in den Eileitern und endlich in der Bauchhöhle lebend angetroffen werden können.

Wir wissen weiterhin, daß von der lebenden Eizelle aus eine sich auf gewisse Entfernung erstreckende eigenartige Wirkung auf bewegungsfähige Samenfäden ausgeht. Wird an den Rand eines unter dem Mikroskop befindlichen Tropfens, in dem sich die Spermatozoen kreuz und quer und vollkommen ziellos bewegen, ein Ei gebracht, so dauert es nicht lange, bis nicht nur die nächsten, sondern auch die entfernteren Samenzellen gerichtet werden und einheitlich sich dem Ei zuwenden und auf dieses zustreben. Wir dürfen annehmen, daß das lebende Ei irgendeine Substanz aussondert, die als chemischer Körper zu denken ist, die teleologisch betrachtet für die Samenzellen ein Reiz- und Lockmittel darstellt und die tatsächliche Wirkung hat, daß sie sich schnell in einer Flüssigkeit verteilt, von den Samenfäden empfunden wird, es diesen sogar bemerkbar macht, von welchem Punkte aus sie wirkt und in welcher Richtung ihr Erzeugungspunkt zu suchen ist, und nun die Samenzellen der Eizelle zuführt. An und für sich kann es als denkbar bezeichnet werden, daß sich diese chemotaktische Reiz-



wirkung von dem im Eileiter befindlichen Ei durch den Schleimüberzug der Gebärmutterhöhle bis zu dem den äußeren Gebärmuttermund verschließenden Schleimpfropf hin erstreckt. Beobachtungen aus der Insektenwelt würden dies durchaus nicht unfaßbar erscheinen lassen.

Wir wissen schließlich, daß die Spermatozoen, um eine Empfängnis herbeizuführen, ein Ei antreffen und befruchten müssen, und daß dies in der Regel innerhalb der Eileiter erfolgt.

Von allen übrigen Vorgängen wissen wir dagegen eigentlich nichts, insbesondere nichts darüber, ob die inneren Teile des weiblichen Geschlechtsapparates nennenswert, sei es in der Regel, sei es zuweilen durch Veränderungen oder gar durch Bewegungen während des Beischlafes oder unmittelbar daran anschließend daran beteiligt sind, daß die Samenfäden in den Uterus gelangen. Daß sie nicht daran beteiligt zu sein brauchen, steht, wie wir noch sehen werden, immerhin fest. Wir können über die etwaige aktive Beteiligung einfach aus dem Grunde nichts Bestimmtes erfahren, weil sich die Vorgänge in der Tiefe des Körpers abspielen und jeder Kontrolle durch die Sinnesorgane entzogen sind. Da die Brunstverhältnisse in der Tierwelt so wesentlich anders sind, könnten auch Beobachtungen, die etwa an einem sofort nach der Belegung getöteten Tiere angestellt würden, nicht für die Vorgänge beim Menschen beweiskräftig sein. Wir werden uns hierin also bescheiden müssen.

Immerhin kennen wir etwas von jeweiligen Zuständen, die uns gestatten, über den Ablauf der Vorgänge Vermutungen aufzustellen.

Bekannt ist uns z. B., daß die weiblichen Geschlechtsteile mit Blut gut versorgt sind, und wir wissen, daß bei der geschlechtlichen Erregung auch beim Weibe der Blutzufluß dorthin erheblich gesteigert ist. Wir können unbedenklich annehmen, daß sich dies nicht nur auf die Clitoris usw., sondern auch auf die Gebärmutter erstreckt.

Bekannt ist uns, daß bei der geschlechtlichen Erregung die Schleimhaut der Scheide eine wesentlich stärkere Sekretion aufweist, und wir können ohne weiteres annehmen, daß sich dasselbe auch im Bereiche der Drüsen der Gebärmutterhöhle einstellen wird.

Bekannt ist uns, daß die geschlechtliche Erregung zu einer lebhaften, zum großen Teil ohne Willen und ohne Bewußtsein erfolgenden Tätigkeit vieler willkürlicher Muskeln führt. Wir können annehmen, daß die starken Nervenreize auch auf die die Muskulatur der Gebärmutter versorgenden Nerven übergreift, und es dürfte möglich sein, daß auch diese zu Kontraktionen veranlaßt wird. Allerdings darf hierbei nicht übersehen werden, daß diese Muskeltätigkeit in dem Grade der Lebhaftigkeit und der Schnelligkeit von der der Rumpf- usw. Muskulatur ganz erheblich abweichen und gewissermaßen sich selbst treu bleiben muß.

Ehedem hat man geglaubt, im Höchstmaß der Erregung steige die Gebärmutter bis zum Nabel in die Höhe und ziehe das männliche Glied gierig sich nach. Wenn unsere anatomischen Kenntnisse dies schon längst als unmöglich festgestellt haben, so dürfen wir auf Grund unserer physiologischen Kenntnisse auch von der Form und dem Grade der Kontraktionen der glatten Muskulatur der Gebärmutter keine übertriebenen Anschauungen hegen. Aber auch nicht von ihrer Wirkungsweise! Die Gebärmutter weist nach unseren Kenntnissen aus der Geburtshilfe bei besonderen Gelegenheiten rhythmische Bewegungen auf, aber nur solche, die von oben nach unten gerichtet sind, also eine ausstoßende, entleerende Wirkung bezwecken. Wir kennen aber keine, die umgekehrt wirkten, etwa im Sinne der Antiperistaltik des Darmkanales, also auch keine ansaugende, aufschlürfende Wirkung. Die Ansicht, von der überaus schnellen Sicherung der Spermatozoen in dem Innern der Gebärmutter, wie sie Blumm vertritt, läßt sich aber m. E. überhaupt nicht verstehen, wenn man nicht annehmen wollte, daß die Samenfäden schnellstens durch bestimmte eilige Bewegungen der Gebärmutter, d. i. durch rückwärts gerichtete Zusammenziehungen ihrer Muskulatur in ihre Höhle aufgesogen würden. Diese Annahme wird aber hinfällig, wenn wir folgendes erwägen:

Die Gebärmutter besitzt zwar eine sogenannte Höhle; in der nicht schwangeren Gebärmutter besteht diese Höhle aber nur aus einem engen, unregelmäßig gestalteten, spaltförmigen Kanal, dessen Wände dicht aneinander stoßen. Die Innenflächen sind mit Schleimhaut überzogen, und soweit zwischen den Schleimhautflächen noch etwa eine spaltförmige Lücke besteht, ist diese mit dem Produkt der Drüsen, also mit ewas Schleim ausgefüllt. Soll noch irgend etwas, das von einem gewissen Umfang ist, in das Gebärmutter-Innere hinein, so muß entweder die Muskulatur beiseite gedrückt werden oder die Schleimhaut sich abplatten oder der Schleim Platz machen. Welche Kraft befähigte nun wohl die Samenmenge, dies zu erreichen? Daß die mikroskopisch kleinen Spermatozoen bei der Wanderung, wie ich sie annehme, in dem Schleim noch Unterkunft finden, ohne daß sie die geschilderten Platzmangel-Verhältnisse fühlbar stören, kann natürlich nicht in Vergleich gezogen und als Gegenbeweis benutzt werden.

Nun sagt man sich vielleicht so: in der geschlechtlichen Erregung des Beischlafes gerät auch die Gebärmuttermuskulatur in Bewegung, sie zieht sich zusammen, stößt ihren Schleiminhalt mit dem unten abschließenden Schleimpfropfen aus; wenn sie sich dann wieder beruhigt, wenn sich die Kontraktionen lösen, so gibt es wieder Platz im Innern, und nun aspiriert die Gebärmutterhöhle, vermöge des bekannten horror vacui der Natur, das in der Scheide befindliche Produkt des männlichen Teiles; auf diese Weise gelangen die Samenfäden in der Höhle der Gebärmutter in Sicherheit, bevor die Aus-

spülung mit der Frauendusche unten in der Scheide einsetzen kann.

Demgegenüber bitte ich folgendes zu bedenken. Das Innere der Gebärmutter ist mit Schleim überzogen; dieser Schleim setzt sich ununterbrochen fort durch den Gebärmutterhals bis zu dem bekannten Endpfropfen; wie zäh dieser Schleim ist, d. h. wie stark er zusammenhält, wissen wir aus der Praxis, wo wir versuchen mußten, im Spiegel das Orificium externum zu reinigen und den Schleim abzuwischen. Zieht sich nun tatsächlich die Gebärmutter zusammen, wird dabei der genannte Inhalt ausgepreßt und entsteht nun durch Lösung des Kontraktionsreizes die Notwendigkeit, die überdies doch äußerst kleinen Spalträume der Gebärmutterhöhle wieder zu füllen, so hat der „horror vacui“ zwei naheliegende Quellen, der Gefahr zu entgehen: Zunächst bietet wohl die oben als möglich oder wahrscheinlich angenommene stärkere Blutdurchtränkung der Gebärmutterschleimhaut die größte Wahrscheinlichkeit, daß der Bedarf an Höhleninhalt sofort an Ort und Stelle durch neue Schleimabsonderung gedeckt wird; weiterhin hängen doch aber die letzten Reste des alten Inhalts noch zäh mit dem zusammen, was zwar etwa tatsächlich ausgepreßt worden war, was aber gar nicht den Körper der Frau verlassen hat, sondern doch noch unmittelbar vor dem Muttermund auf der Schleimhaut der nach Zurückziehung des männlichen Gliedes wieder aufeinander gelagerten Scheidenwände liegt und was nun im Falle einer rückwärts gerichteten Saugwirkung als erstes zur Verfügung steht. Sollten sich diesem Schleime in der Geschwindigkeit des Augenblickes schon Spermatozoen angesetzt oder gar beigemischt haben, so gelangten sie allerdings mit in diese Saugwirkung. Aber wie hoch könnten sie im besten Falle in diesem ersten Augenblicke gelangen, wo es sich bei der Kleinheit der Höhlenverhältnisse überhaupt nur um minimale Massenverschiebungen handelt und wo gar die Deckung des ganzen Bedarfes aus der erstgenannten Quelle so viel näher liegt, anatomisch und räumlich sowohl, als auch physiologisch und funktionell betrachtet?

Somit kann ich mich der gegenteiligen Ansicht nicht anschließen; ich muß ihr vielmehr mit aller Entschiedenheit widersprechen. Sie ist eine Hypothese, die nicht nur nicht bewiesen ist oder bewiesen werden kann, die vielmehr unseren Kenntnissen und annehmbaren Wahrscheinlichkeitsschlüssen entgegensteht. Selbst wenn sie aber doch gelegentlich einmal in dem tatsächlichen Vorgange zur Tat würde, würde sie eben auf Ausnahmen beschränkt bleiben. Als Regel kann sie jedenfalls nicht anerkannt werden, um so weniger, als sie ganz besonderen, wichtigen, tatsächlichen Beobachtungen nicht gerecht werden kann. Als solche sind vor allem folgende von entscheidender Bedeutung:

a) Es gibt Frauen in größerer Zahl, die überhaupt nicht durch den Beischlaf sexuell erregt werden und trotzdem konzipieren; nach allem, was wir wissen, müssen wir annehmen,

daß sich ihre äußerlich bemerkbare „Kälte“ auch auf die inneren Organe erstreckt und daß bei ihnen alle die funktionellen Veränderungen und Bewegungen nicht eintreten, die einen beschleunigten Eintritt des Samens in die Gebärmutter allenfalls erklären könnten.

b) Es findet Konzeption statt, auch wenn der weibliche Teil bewußtlos ist oder sogar dem Akte mit aller inneren und äußeren Kraft entgegenwirkt.

c) Es findet Konzeption statt, auch wenn das männliche Glied überhaupt nicht in die Scheide eingedrungen ist und die Ejakulation höchstens im vordersten Teil der Scheide oder gar nur gegen deren Eingang erfolgt ist.

Diese Fälle beweisen unwiderleglich, daß bei der Einwanderung der Spermatozoen deren eigene Bewegungsfähigkeit eine Rolle spielt, ja daß diese so groß ist, daß die Spermatozoen selbst einen Weg vom Eingang der Scheide bis zum Innern der Gebärmutter zurücklegen können und daß eine Befruchtung selbst noch nach der gewiß nicht ganz kurzen Zeit eintreten kann, die die Samenfäden für Zurücklegung einer so langen Wegstrecke benötigen.

Die gelegentlich vertretene Ansicht, daß das Sperma in direkter Schußlinie von dem Orificium der Glans in das Collum uteri hineingeschleudert werde, halte ich für völlig unhaltbar, weil, wie oben angegeben, der Gebärmutterhals überhaupt keinen offenen, leeren Kanal darstellt.

Selbst wenn man eine sofortige Samenbeschickung der Gebärmutter im Sinne Blumms als eine Möglichkeit zugeben wollte, könnte dies doch nur als eine sehr seltene Ausnahme von der Regel gelten. Als Regel müssen wir vielmehr nach wie vor festhalten, daß der Same in der Scheide abgelagert wird und daß die Samenfäden hier zunächst erst durch die Vermischung mit dem Prostatasekret ihre volle freie Beweglichkeit erlangen. Nun halte ich es allerdings für durchaus möglich, daß die Erregung des weiblichen Teiles gleichzeitig oder inzwischen zu Kontraktionen der Gebärmutter geführt hat und der schleimige Inhalt in das Scheidenrohr hinabgedrängt ist. Dank seiner chemischen Reaktion könnte er den Samenfäden als angemesseneres Bett willkommen sein; er könnte aber auch Spuren von dem als Lock- und Reizmittel dienenden Ausscheidungserzeugnis der Eizelle enthalten und nun den Anstoß geben, daß sich die Spermatozoen in diesem neuen Mittel alsbald richten und durch die chemotaktische (oder wie wir es sonst auffassen wollen) Einwirkung bestimmen lassen, ihre Wanderung in die Gebärmutterhöhle anzutreten, um dort schließlich gegebenenfalls das Ei anzutreffen und zu befruchten.

Ist aber diese Annahme für die meisten Kohabitationen als zutreffend anzusehen, so haben wir für alle diese Fälle mit der Zwischenzeit zu rechnen, auf die auch alle die spekulieren und bisher spekuliert haben, die die Frauenduschen als zur Verhütung der Empfängnis geeignet angesehen, sie hierfür

empfohlen und verkauft haben. Damit ist dann aber auch der Kampf gegen die Ausstellung und Ankündigung dieser Geräte in vollem Maße sachlich gerechtfertigt und gesetzlich geboten.

Zum Schluß noch ein Wort zu einem Einwande, der tatsächlich erhoben worden ist: Es wird gesagt, die Frauenduschen seien tatsächlich nicht als zu dem genannten Zwecke geeignete Gegenstände anzusehen, weil trotz ihrer Anwendung in einigen Fällen Schwängerung eingetreten sei! Hierzu kurz nur folgendes: Dieser Einwand beweist erst einmal, daß, was sonst vielfach überhaupt bestritten und geleugnet wird, die Frauenduschen tatsächlich doch gebraucht werden, um die Empfängnis zu verhüten, und er rechtfertigt damit das Vorgehen der Behörden.

Die Fälle dieser Art sind zweitens so selten, daß sie als Ausnahmen von der Regel geradezu daß Gegenteil von dem beweisen, was sie beweisen sollen; die Regel ist vielmehr, daß der Eingriff wirklich erreicht, was er soll, und die Empfängnis durch rechtzeitige Fortspülung der Samenfäden verhindert. Drittens kann man ohne weiteres sagen, daß die Frauenduschen mit den Schwämmchen, Okklusivpessaren, Kondoms usw. das gemeinsam haben, daß sie nicht absolut sicher wirken; aber der Irrigator erreichte schon viel auf diesem Gebiete, die Frauendusche dagegen ist unendlich wirksamer und erfolgreicher. Und wer wollte sich wundern, daß auch sie gelegentlich versagt? Man denke sich nur in die Lage und in die Augenblicke hinein, wo sie gebraucht wird; man wird sich dann fast wundern können, daß in der Hast, Erregung und Sorge nicht noch häufiger in ihrer Anwendung etwas versehen wird.

Städtische Organisationsfragen. Ausschüsse für städtische Nahrungsmittelversorgung.

Von Physikus Dr. **Sieveking**, Stadtarzt in Hamburg.

Gedanken über großstädtische oder doch städtische Organisationsfragen sind für beamtete Aerzte ebenso wichtig wie für andere Verwaltungsbeamte oder für gelehrte Nationalökonomen. Erstere sind die Praktiker, sie haben u. a. in der Tuberkulose- und Säuglingsfürsorge bewiesen, daß sie organisieren können. Ist es da zu verwundern, wenn sie ihren Wirkungskreis weiter ziehen? Nur einige Hinweise! In der Trinkerfürsorge ist der Nachweis geeigneter Arbeit wohl das wichtigste aller Hilfsmittel, so ergibt sich in der Großstadt das Interesse des Arztes an einer tüchtigen Arbeitsnachweisorganisation, die auch die Beziehungen zwischen Stadt und Land pflegt. Die Schulärzte werden auf die Ferienwohlfahrts- und alle anderen Jugendfürsorgebestrebungen hingewiesen; sie werden daher deren Organisation, wenn nicht in die Hand nehmen, so doch befördern, wo sie können. Die im allgemeinen gesundheitlichen Interesse liegenden Spielplatz-

und Familiengärten-Fragen lassen Beziehungen zu Finanz- und Baubehörden anknüpfen und lehren deren Arbeit verstehen und beeinflussen. Die Vorbereitungen zur Olympiafeier bringen ärztliche Bemühungen mit denen anderer Kreise zur Hebung der Volkskraft in Verbindung.

Alle diese Bestrebungen finden Verständnis und Hilfe der verschiedensten Art auch wohl bei dem praktischen Arzte und in seiner Tätigkeit; anders liegt es aber mit dem Gebiet der Nahrungsmittelversorgung. Hieran gewinnt selbst der beamtete Arzt oft nur schwer Geschmack, es ist ein Gebiet, das seit Jahrhunderten immer noch vorwiegend dem Spiele händlerischer Interessen überlassen ist und in das erst spät die Gesetzgebung einzugreifen sich entschließen konnte, um nach und nach wenigstens den gröbsten Mißständen abzuhelfen. Erst neuerdings beginnt der Gedanke praktischer Mitarbeit — nicht bei der Zusammensetzung oder der Beurteilung der Ausnützungsfähigkeit, wie das dem Chemiker und Physiologen zusteht — nein überhaupt bei der Ueberwachung und Erforschung des ganzen Gewinnungs- und Vertriebsverfahrens einzelner wichtiger Volksnahrungsmittel sich mehr und mehr auch bei den beamteten Aerzten herauszuarbeiten. Und wenn die Verwaltungsbeamten anderer Vorbildung oft in wohl berechtigter Scheu, sie möchten sich etwas vergeben, sofern sie vorzeitig Dinge anfaßten, die noch erst der klareren und festeren Fassung bedürften, ein aktives Vorgehen vermeiden, so können nach meinem Gefühl ärztliche Gesundheitsbeamte gar nicht umhin, negesichts so vieler Schwierigkeiten in der Lösung von Fragen dar Volksgesundheit wenigstens zu versuchen, Wege dazu zu finden oder doch die Erörterung darüber anzuregen und wach zu halten.

Die Literatur über die Organisation städtischen oder gar großstädtischen Nahrungsmittelverkehrs ist, soviel ich mich umsehen konnte, recht mager. Nur die Milch hat einige wertvolle Sonderabhandlungen gezeitigt.[1]) Aber wenn man weiterforscht, so fehlt es auch hier an den notwendigsten Voraussetzungen. Möge der Deutsche Milchwirtschaftliche Verein an den beamteten Aerzten eine verständnisvolle Stütze finden, wenn er sich jetzt bemüht, die statistischen Grundlagen des Milchverkehrs einmal erst behördlich feststellen zu lassen. Dann wird es vielen wie Schuppen von den Augen fallen, die da gar nicht ahnen, welchen Wert und welche gesundheitliche Bedeutung die Milch im deutschen Volksleben hat.

Aber damit soll es nicht genug sein! Es wäre echt deutsch, gründlich aber unpraktisch! Nein, ich möchte weitergehen! Die gesetzlichen Vorschriften über den Milchverkehr,

---

[1]) Berg, Georg: Die Milchversorgung der Stadt Karlsruhe. Schriften des Deutschen Milchwirtschaftlichen Vereins; 1911, Nr. 40.

Mülhaupt, Engelbert: Der Milchring. Volkswirtschaftliche Abhandlungen Badischer Hochschulen. Karlsruhe; 1912.

die Milchpolizeiverordnungen, in allen Ehren! Sie können, doch immer nur den untersten Grad des Erwünschten festlegen, gar oft versagen sie ganz. Eine sichere Gewähr für eine gute Milchversorgung können sie an sich schwerlich leisten. Dafür muß noch etwas hinzukommen: Vertrauen ist die Grundlage jedes Handels und des Nahrungsmittelhandels vor allem. Ich möchte dieses so unentbehrlich nötige Vertrauen stärken. Alle Einsichtigen werden mir zugeben, daß die weit überwiegende Mehrzahl der Verstöße im Nahrungsmittelhandel aus Unkenntnis vorkommt und nicht aus bösem Willen. So sehr ich letzteren bekämpfen und der gerechten Bestrafung zuweisen möchte, so sehr wünsche ich die Unkenntnis aufzuklären. Hören wir es nicht bei der Fürsorgetätigkeit, bei so vielen Fällen der ärztlichen Praxis immer wieder: „Ja, ich habe es ja gar nicht anders gewußt!" Aufklärung, nicht gleich verschärfte oder weiterfassende Bestrafung, möchte ich befürworten.

Wie sollen diese beiden Wünsche erfüllt werden, wie Vertrauen gestärkt und Unkenntnis aufgeklärt werden? Merkblätter sind auch für die hier in Frage stehenden Berufszweige empfohlen. Ich halte von ihnen nicht allzuviel. Bei der Riesenzahl der zu Belehrenden ist nur von seiten der Berufsorganisationen aus etwas zu machen. Da mit diesen wirtschaftliche Vorteile für die Berufsgenossen noch weit mehr verbunden sind als gesundheitliche für die Allgemeinheit, so verspreche ich mir hiervon allerdings einigen Erfolg. Ich möchte darum anregen, einen ständigen Ausschuß in wenigstens jeder größeren Stadt oder doch nach Bedarf zu bilden, in dem, um zunächst einmal beim Milchverkehr zu bleiben, die Vertrauensmänner der landwirtschaftlichen Produzenten und der städtischen Milchhändler sowie als Vertreter des kaufenden Publikums beamtete Sachverständige des Handels, des Gesundheitswesens, der Statistik und sonst etwa noch geeignet scheinender Behörden Sitz und Stimme haben müßten. Solch' ein Ausschuß soll nicht lediglich unparteiisch sein wie die „Milkcertifying bodies" in den Vereinigten Staaten Nordamerikas, ebensowenig eine „Gutachterkammer" als Ratgeberin für die Produzenten (Fabrikanten) im Sinne der Beratungen des Deutschen Handelstages vom 18. Febr. 1913. Die bestehenden gutachtlichen Instanzen müssen unverändert wirksam bleiben. Es liegt vielleicht nahe, die Detaillistenkammern hier zu nennen, aber sie haben sich m. W. zu sehr zu einseitigen Vertretungen und Interessen des Handelsstandes entwickelt. Selbstredend müssen sie herangezogen werden, können aber nicht an sich schon als der gewünschte Ausschuß gelten. Ich möchte im Gegenteil in diesen Ausschüssen gerade die gegenseitigen Interessengruppen vertreten wissen und zwar eben in der Dreizahl, die hier als „goldene Zahl" dazu bestimmt sein soll, die Gegensätze abzuschleifen und Einigung zu stiften, denn keine der drei Gruppen kann allein oder nur mit einer der übrigen weiterkommen. Unschwer dürfte sich ein geeignetes städtisches

Dezernat finden, dem dieser Ausschuß anzugliedern wäre. Aufgaben wären zunächst wohl überall gegeben in Statistik, im Verkehr (Eisenbahn, Wegebau und -Unterhaltung), in Preisfragen, in zentralem Nachweis von Angebot und Nachfrage, in fachmännisch-beratender Ueberwachung des Handels, in Anregung und Vorbereitung gesetzlicher Maßnahmen (Reichsmilchgesetz?). Oertlich wird besonderer Beratungsstoff genug zur Verfügung stehen, um in zwangloser Folge jährlich zwei- oder dreimal den Ausschuß zusammentreten zu lassen. —

Von vornherein möchte ich aber die Aufgaben des gedachten Ausschusses nicht auf ein einziges Nahrungsmittelgebiet beschränken, sondern ihm die Möglichkeit gegeben wissen, alle Nahrungsmittelversorgungszweige in den Bereich seiner Beratungen zu ziehen. Hier wird der Gemüsemarkt (Kauf nach Gewicht oder nach Maß?), dort der Buttermarkt oder Eiermarkt, Obstkonservierung, Brotbereitung und -Vertrieb u. a. m. Gelegenheit zur Beratung geben. Die statistischen Nachweise geben für die Jahresversammlung den nötigen ständigen Grundstoff. Die Kosten können nur gering und wesentlich durch Reisen zwecks Beaufsichtigung oder Belehrung bedingt sein. Durch das Zusammenarbeiten aller Teile bestimmter Nahrungsmittelversorgungszweige wird Mißtrauen beseitigt, Kenntnis verbreitet, Verständnis für gegenseitige Notlage geweckt, Abhilfe zu ihrer Beseitigung angeregt. Ganz ebenso wie der Großhandel ständige Sachverständige für alle seine Zweige einsetzt, so soll der vorgeschlagene Ausschuß die für das Leben der einzelnen Stadt wichtigen Nahrungsmittelzweige je nach Bedürfnis umfassen, sie wirtschaftlich, händlerisch und nicht zuletzt gesundheitlich beraten. Er könnte auch sehr wertvolle Vorarbeit für die Nahrungsmittelgesetzgebung des Reiches leisten, die bei der Vielseitigkeit der Bedürfnisse z. Zt. nur sehr schwer und kaum allseitig ausreichend beschafft werden kann.

Ich würde sehr dankbar sein, wenn der angeregte Gedanke ausgiebig erörtert werden möchte. Hie und da werden sich bald Gelegenheiten finden, ihn in die Tat umzusetzen.

Der Gesundheitszustand Rußlands.

Von Amtsgerichtsrat **Kummerfeld**-Hannover.

In nachstehender Abhandlung gebe ich lediglich den wesentlichen Inhalt eines Artikels des „Dziennik Poznanski", der ärztliche Kreise interessieren dürfte, mit Genehmigung der Redaktion des Blattes wieder:

Der Gesundheitszustand in Rußland ist nach dem statistischen „Bericht über den Stand der öffentlichen Gesundheit in Rußland für das Jahr 1911" ein derartig trauriger, daß ein so national-russisches Blatt, wie die „Nowaja Wremja", sich zu der Bemerkung veranlaßt fühlt: „Rußland ist krank, diese Tatsache kann keinem Zweifel unterliegen!"

Der größte Feind ist der Alkohol. Nach dem Berichte fallen unter der Gruppe „Vergiftungskrankheiten“ 73 % auf akute Alkoholvergiftung. Die Zahl der Syphiliskranken wuchs von 1895 bis 1911 von 804402 auf 1264435. Der Tod infolge von Krankheiten wie Pocken ist in Rußland etwas Normales. Der Fleckentyphus erfordert 120671 Opfer. Pest und Cholera herrschen mit geringer Unterbrechung ständig in Rußland, was sich wohl aus der Nachbarschaft der asiatischen Herde solcher Krankheiten erklärt.

Auffallend und nur aus Unwissenheit oder gänzlicher Vernachlässigung der sanitären Maßnahmen erklärlich ist die Ausbreitung mancher Krankheiten, die man im Westen in solcher Ausdehnung nicht kennt, wie z. B. Krätze und Trachom. Krätzekranke gab es 1895: 1508196, 8 Jahre später, 1903: 3630731. Das Trachom wies in den 10 Jahren von 1902 bis 1911 einen Zuwachs von 497616 auf 941464 auf. In manchen Gouvernements ist jeder zehnte Einwohner krätzekrank.

Was Zahl und Wohnorte der Aerzte in Rußland betrifft, so ist die Zahl der Aerzte — 21747 — für ein Reich, das in seiner Ausdehnung etwa den sechsten Teil der Erdkugel umfaßt, durchaus unzureichend. Da etwa 72 % der Aerzte in Städten wohnen, — was zum Teil seinen Grund haben mag in den schlechten Wohnverhältnissen auf dem Lande und der großen Entfernung der Dörfer in schwachbevölkerten Gegenden — so ist das Land nur ungenügend ärztlich versorgt; es gibt Bezirke, in denen erst auf 138900 Einwohner ein Arzt zu rechnen ist.

Die deutlichste Sprache über den verderblichen Einfluß der Krankheiten in Rußland sprechen die Erfahrungen bei den ärztlichen Untersuchungen der Militärdienstpflichtigen. Die Zahl der Dienstuntauglichen betrug auf 100 Dienstpflichtige in den Jahren 1874—1883: 13, 1884—1893: 17, 1893—1903: 19, 1907: 21, 1911: 23. Die „Nowaja Wremja“ bemerkt dabei, man müsse jetzt schon mit der Tatsache rechnen, daß die Bevölkerung Rußlands degeneriere.

Die Gründe dafür hat man nur zum Teil in der unzureichenden ärztlichen Hilfe und den gesundheitswidrigen Lebensbedingungen, vorwiegend aber in der materiellen und geistigen Not weiter Volksschichten zu suchen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Psychiatrie.

Zur Aussagepsychologie. Von G. Schultz-Kristiania. Zeitsschrift für angewandte Psychologie; Bd. VII, H. 6.

Es vertieft die reproduktive Leistung, es erhöht den Wert der Aussage, daß der Zeuge unter Verantwortung redet und sich der Tragweite seines Zeugnisses bewußt ist. Daß der Zeuge einen gewissen inneren Wunsch verspürt, eine bestimmte Beurteilung des Falles hervorzurufen, ist nicht immer ein fälschendes, sondern umgekehrt bisweilen ein wesentlich aufklärendes Motiv. Es ist demnach immer für das Gericht günstig, über Zeugen zu verfügen, die ihre Verantwortung verstehen, und es ist, entgegen der gewöhnlichen Ansicht,

nicht immer zu bedauern, daß die Zeugen von vornherein irgendeinen bestimmten Ausfall des Rechtstreits innerlich begehren. Der Schaden entsteht erst dann, wenn dieser Wunsch dem Gericht verhüllt wird und wenn er eine Parteilichkeit aus illoyalen Motiven bedeutet. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Selbstanklagen und pathologische Geständnisse. Von Karl Heilbronner. Münchener med. Wochenschrift; 1914, Nr. 7.

Selbstanklage verbindet sich mit dem Begriff der depressiven Geistesstörung. Aus dem Zustand der subjektiv empfundenen Leistungsunfähigkeit entwickelt sich eine Depression, die zur Vorstellung des Unbrauchbarseins, zur Unwürdigkeit und Schlechtigkeit führt und sich in Selbstanklagen kondensiert. Eine andere Ursprungsquelle ist die Angstmelancholie. Sie findet sich häufig als Anfangssymptom chronisch fortschreitender Erkrankungen (Dementia präcox, progressive Paralyse und anderen schwer organischen Verblödungsprozessen, namentlich bei Epileptikern und noch mehr bei Trinkern). Bei Trinkern kann die Kombination mit Halluzinationen das Krankheitsbild sehr komplizieren. Die rein Melancholischen, übrigens ein kleines Kontigent, stellen sich einfach der Bestrafung. Die Angst-Selbstanzeigen erfolgen größtenteils zum Eigenschutz des Kranken, der sich dadurch der allzustarken Belästigung durch die Umgebung bewahren will. An Depressivzustände schließen sich manchmal expansive Ursachen der Selbstbeschuldigung an. Die Massenpsychologie, die einen Verbrecher länger und intensiver als einen Gelehrten in Tagesblättern und im Gespräche behandelt, wirkt hier mit. Es vermischen sich dann Größenideen mit Angstmomenten, namentlich beim Alkohol. Nach Trunkenheitszuständen, auch in pathologischen Rauschzuständen findet man daher oft Selbstbezichtigung; auch bei einfacher Trunkenheit Degenerierter. Seltener ist die Auslösung durch Affekte, am meisten noch in epileptischen Dämmerzuständen. Als dritte Ursprungsquelle ist die Lust an der Sensation, die Freude am Geheimnisvollen anzusehen. Hysterische, pathologische Schwindler und Lügner gehören dieser Kategorie an. Als vierte Ursache ist die Selbstbezichtigung im Schwachsinn anzusehen. Gerade Schwachsinnige unterliegen leicht den Einflüssen von außen. Die Anklagen sind oft sehr allgemein gehalten.

Die pathologische Selbstanklage braucht keineswegs objektiv unrichtig zu sein. Die Aufdeckung, ob die Selbstanklage objektiv wahr ist oder nicht, soll der Arzt stets dem Richter überlassen. Ein Irrtum des Arztes gefährdet seine ganze Reputation. Der Arzt soll nur Berater des Richters sein. Für den Arzt können sich aus der Selbstanzeige die schwierigsten Gewissenskomplikationen ergeben. Soll der Arzt die Selbstanklage, wenn er sie für objektiv wahr hält, dem Richter weitergeben und dadurch den Kranken schaden oder soll er einen Unschuldigen weiter büßen lassen? Verfasser gibt darüber keinen Aufschluß. Dr. Graßl-Kempten.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Flieger-Verletzungen. Von Gerichtsarzt Dr. Marx-Berlin. Berliner Klinische Wochenschrift; 1914, H. 2, S. 53.

Es sind nicht nur die Verletzungen zu berücksichtigen, die die Flieger selbst erleiden, sondern auch die, die sie mit ihrem Flugzeug bei nicht Beteiligten anrichten. Bei tödlichen Unfällen ist nicht immer der Sturz die Todesursache, so ist bei dem Unfall des L I die Besatzung durch Ertrinken, bei L II durch Feuer umgekommen. Bei dem einzigen noch kurze Zeit überlebenden des letzten Unfalles bestanden wohl Brüche einiger Rippen und des Schulterblattes, aber keine Brüche von Schädel oder Wirbelsäule. Die eigentliche Todesursache waren die schweren Brandverletzungen. Auch die Mehrzahl der Toten wies völlige Verkohlung auf. Bei dem Absturz von Fliegern kommen die größten Verschiedenheiten vor. Von zwei Personen in einem Flugzeug wird der eine getötet, der andere kommt mit ganz geringen Verletzungen davon u. a. m. Es ist wünschenswert, ein Sammlung von Material über dies Gebiet anzustellen. Dr. Beintker-Düsseldorf.

Nur die sogenannten Vertrauensärzte des Oberversicherungsamtes (§ 1686 Abs. 1 R. V. O.) dürfen in keinem Vertragsverhältnisse zu Trägern der Invaliden- usw. Versicherung stehen; im übrigen ist das Oberversicherungsamt in der Wahl der ärztlichen Sachverständigen nicht beschränkt, es kann auch Aerzte als Obergutachter zuziehen, die in der Vorinstanz bereits als Gutachter vernommen sind. Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 24. Juni 1913.

§ 1861 a. a. O. schreibt keineswegs vor, daß das Oberversicherungsamt einen von dem Versicherten benannten Arzt hören müsse, wenn sich der Versicherte zur Tragung der Kosten bereit erkläre. Er bestimmt nur, daß das Oberversicherungsamt, wenn es dem Antrag stattgeben wolle, dem Antragsteller einen Kostenvorschuß auferlegen könne. § 1686 Abs. 1 Satz 3 a. a. O. schreibt in Verbindung mit Satz 2 vor, daß innerhalh der Grenzen dieser Vorschrift von dem Oberversicherungsamte keine Aerzte als Sachverständige zugezogen werden dürfen, die in einem Vertragsverhältnis zu Trägern der Invalidenversicherung stehen oder von ihnen regelmäßig als Gutachter in Anspruch genommen werden. Nach dem vom Reichsversicherungsamt erforderten Berichte der Beklagten steht der Sanitätsrat Dr. B. zu ihr in keinem Vertragsverhältnis. Sie hat lediglich mehrfach erkrankte Versicherte von ihm behandeln lassen und in den meisten Fällen ein kurzes Schlußgutachten über das Ergebnis des Heilverfahrens von ihm erhalten. Ob hiernach angenommen werden kann, daß Dr. B. von der Beklagten regelmäßig als Gutachter in Anspruch genommen wird, kann dahingestellt bleiben; denn die erwähnte Vorschrift des § 1686 Abs. 1 Satz 3 a. a. O., der unter anderem die Heranziehung solcher regelmäßiger Gutachter als Sachverständige beim Oberversicherungsamte verbietet, bezieht sich lediglich auf die im § 1686 Abs. 1 Satz 1 bezeichneten, vom Oberversicherungsamt als Sachverständige gewählten sogenannten Vertrauensärzte des Oberversicherungsamts. . . . Dr. B. war aber, wie sich aus der vom Reichsversicherungsamt eingeholten Auskunft des Oberversicherungsamts vom 26. Mai 1913 ergibt, für das Jahr 1912 nicht zum Vertrauensarzte des damaligen Schiedsgerichts gewählt worden und gehört auch jetzt nicht zu den Vertrauensärzten des Oberversicherungsamts.

Mit Unrecht beruft sich die Klägerin ferner auf die bei den Beratungen der Reichstagskommission abgegebene Aeußerung eines Kommissionsmitglieds, daß ein Arzt, der in einer Vorinstanz als Gutachter vernommen worden sei, nach Abgabe eines entgegenstehenden Gutachtens durch einen anderen Arzt vom Oberversicherungsamt in derselben Sache nicht wiederum als Obergutachter vernommen werden dürfe. Dabei kann unerörtert bleiben, ob diese Ansicht in den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und den entsprechend anzuwendenden Bestimmungen der Zivilprozeßordnung eine ausreichende Grundlage findet. Denn jedenfalls ist Dr. B. hier nicht in einer Vorinstanz als Gutachter vernommen worden. Er hat vielmehr lediglich der Beklagten vor Stellung des Rentenantrags eine kurze ärztliche Schlußäußerung über den Erfolg des für die Klägerin eingeleiteten Heilverfahrens nebst einem Entlassungsschein überreicht. Diese Aeußerung kann überdies nicht als ein Gutachten im engeren Sinne angesehen werden, da sie keinen sachlichen Befund enthält. Das Schiedsgericht war somit nicht gehindert, von Dr. B. ein Gutachten einzuholen, und das um so weniger, als gerade Dr. B. vermöge der Kenntnis, die er während des Heilverfahrens von dem Gesundheitszustande der Klägerin erlangt hatte, besonders in der Lage war, ihn zutreffend zu beurteilen.

Die Verschlimmerung eines nach Unfall entstandenen Leidens ist als neuer Schaden aufzufassen und unterbricht die Verjährungsfrist auf Schadenersatz. Urteil des Reichsgerichts (VI. Z.-S.) vom 17. November 1913.

. . . . . Gewiß ist nach den Feststellungen des Berufungsgerichts objektiv betrachtet das Herzleiden, das sich bei der Verletzten alsbald nach dem vom 15. Januar 1907 erlittenen Unfall einstellte und vor dem 28. Februar 1907 vorhandenen und der Verletzten und dem Kläger bekannt war, als einheitlich mit dem im Juli 1907 entdeckten chronischen Herzleiden, letzteres als die weitere Entwickelung des ersteren, anzusehen. Für den Schadensersatzanspruch des Verletzten ist aber nicht sowohl das körperliche Leiden als dessen wirt-

schaftliche Folgen für den Erwerb und das Fortkommen maßgebend. Von diesem Standpunkt aus kann sehr wohl die Verschlimmerung eines bestehenden Körperzustandes in gleicher Weise als neuauftretender Schaden angesehen werden wie eine andersartige Erkrankung. Wenn aus einer als die Folge einer Verletzung zunächst aufgetretenen leichteren und anscheinend vorübergehenden Gesundheitsstörung späterhin eine schwere chronische Krankheit sich entwickelt, dann ist ein neu entstandener Schaden anzunehmen, und dementsprechend liegt subjektiv betrachtet ein neu erkannter Schaden vor, wenn die später eingetretene und so geartete Verschlimmerung des zunächst ersichtlich gewordenen Körperleidens zwar von Anfang an hätte als mögliche Entwickelung erkannt werden können, aber nicht erkannt worden ist. Im gegebenen Falle traten bei der Ehefrau des Klägers kurz nach dem Unfalle Anfälle nervöser Herzschwäche auf, die der behandelnde Arzt selbst für vorübergehende Gesundheitsstörungen hielt, jedenfalls der Verletzten gegenüber als solche bezeichnete. Erst ein besonders heftiger Anfall Anfang Juli 1907 vermittelte ihm die Ueberzeugung, daß eine chronische Störung, ein dauerndes Herzleiden nervöser Natur eingetreten sei, und erst nach diesem Zeitpunkt hat er auch die Verletzte davon unterrichtet, daß sie ein dauerndes nervöses Herzleiden habe. Bei diesem vom Berufungsgerichte festgestellten Tatbestande haben aber die Verletzte und ihr Ehemann, der Kläger, von dem Schaden, den die gegenwärtige Klage verfolgt, erst lange nach dem 28. Februar 1907, nämlich frühestens im Juli 1907, Kenntnis erhalten. Mag für den behandelnden Arzt Dr. M. die Entwicklung der in die Erscheinung getretenen Unregelmäßigkeiten der Herztätigkeit zu einem dauernden leidenden Zustande als ein mögliche weitere Folge des Unfalles voraussehbar gewesen sein, die Verletzte selbst und der Kläger, denen der Arzt nur von vorübergehenden Störungen Mitteilung machte, waren dadurch nicht in die Lage gesetzt, die später eingetretene Verschlimmerung auch nur als möglich zu erkennen. Der objektive Tatbestand aber, daß jene Verschlimmerung wirklich nur eine Weiterentwicklung des zuerst als anscheinend vorübergehend aufgetretenen Krankheitszustandes war, daß es sich also um ein und denselben Gesundheitsschaden handelt, kommt für die Herstellung des subjektiven Tatbestandes, der Kenntnis von dem Schaden, wie sie § 852 BGB. verlangt, nicht in Betracht. Die Verletzte und der Kläger haben danach nicht nur über den Umfang des eingetretenen Schadens sich in Unkenntnis befunden, sie haben denjenigen Schaden, auf dessen Behauptung die gegenwärtige Klage gestützt ist, die dauernde nervöse Erkrankung des Herzens, bis zum 28. Februar 1907 überhaupt noch nicht gekannt. Ist dem so, dann war aber auch am 28. Februar 1910 die Verjährung des Schadensersatzanspruches nach § 852 BGB. noch nicht vollendet.

Ansteckung eines Arztes an Diphtherie durch Anhusten eines von ihm behandelten Kranken. Ersatzpflicht der Unfall-Versicherungsgesellschaft. Urteil des Reichsgerichts (VII. Z.-S.) vom 3. März 1914.

Der praktische Arzt Dr. B. war bei der Kölner Vers. A.-G. gegen Unfall versichert. Seine im Jahre 1903 ausgestellte Police wurde 1910 durch einen Nachtrag dahin ergänzt, daß in die Versicherung auch alle Infektionen eingeschlossen sein sollten, bei denen nachweislich der Ansteckungsstoff in den Körper des Versicherten gelangt ist, sofern dies nicht vorsätzlich oder grobfahrlässig verursacht ist. Von einer etwaigen Ansteckung war der Versicherungsgesellschaft sofort Anzeige zu erstatten. Am 14. Oktober 1911 wurde nun der Arzt in das Haus des Fleischermeisters U. in S. gerufen, dessen 4jähriges Kind an Diphtherie erkrankt war. Bei der Untersuchung des Rachens des Patienten bediente er sich eines Löffels, mit dem er die Zunge niederdrückte, wobei das Kind hustete. Infolgedessen gelangten Tröpfchen des durch den Husten ausgestoßenen Sekrets entweder durch den Mund oder Nase des Arztes in dessen Körper, so daß er ebenfalls an Diphtherie erkrankte und zwar dermaßen, daß eine hochgradige Herzmuskelschwäche zurückblieb, die seine völlige Erwerbsunfähigkeit zur Folge hatte. Er nahm deshalb die Versicherungsgesellschaft aus dem Vertrage in Anspruch, die jedoch Schadenersatz ablehnte, da kein Unfall im Sinne der Bedingungen vorliege. Die daraufhin vom Verletzten beim Landgericht Köln gegen die Versicherungsgesellschaft

angestrengte Klage wurde abgewiesen, während die beim Oberlandesgericht Köln dagegen eingelegte Berufung den Anspruch für berechtigt anerkannte, falls der Arzt dahin einen Eid leistete, „daß das Kind ihn angehustet habe und Tröpfchen des Rachensekrets ihn ins Gesicht gespritzt seien“. Das Oberlandesgericht ging hierbei von folgender Begründung aus: Auf Grund des Nachtrags sind alle Infektionen in die Versicherung eingeschlossen, bei denen nachweislich der Ansteckungsstoff in den Körper des Versicherten gelangt ist. Ein Entschädigungsanspruch ist daher gegeben, wenn Dr. B. nachweist, daß seine Erkrankung davon herrührt, daß das Kind U. ihn angesteckt hat. Kläger erkrankte im Oktober 1911, gerade zu der Zeit, wo er das Kind U., das Diphtherie hatte, behandelte. Das Kind war damals der einzige Diphtheriekranke. Der den erkrankten Arzt behandelnde Dr. St. hat ferner bekundet, daß Kläger zu ihm gesagt hat, er werde wohl Diphtherie haben, die er sich dadurch zugezogen habe, daß er von dem Kinde U. angehustet worden sei. Diese Bekundung rechtfertigt mit einer an Gewißheit grenzenden Wahrscheinlicheit die Annahme, daß die Erkrankung Dr. B.s in der geschilderten Weise erfolgte, d. h., daß Teile des Rachensekrets in den Mund oder die Nase des Versicherten gelangt sind, die dessen Erkrankung herbeiführten, wenn auch die Möglichkeit, daß Dr. B. durch die Luft des Krankenzimmers infiziert worden sei, nicht ganz ausgeschlossen sei. Schwört demnach der Kläger den Eid, so ist der Tatbestand als erwiesen anzusehen und demgemäß die Ersatzpflicht der Versicherungsgesellschaft begründet. Bei diesem Urteil beruhigte sich die Gesellschaft nicht, legte vielmehr Revision beim Reichsgericht ein. Der VII. Zivilsenat der höchsten Instanz konnte indessen in der Entscheidung der Vorinstanz einen Rechtsverstoß nicht finden und wies die Revision zurück.

(Sächsische Korrespondenz).

Inwieweit fallen die mit der Stellung der Assistenzärzte verbundenen Arbeiten und die dabei eintretenden Unfälle unter die entschädigungspflichtigen Unfälle. Urteil des Reichsgerichts (VII. Z.-S.) vom 19. Februar 1914.

Die Universität Breslau hat bei der Frankfurter Allgemeinen Versibherungs-Aktiengesellschaft ihre Dozenten und Assistenzärzte gegen Unfälle versichert. § 3 der Versicherungsbedingungen lautet: „Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle in den Universitätsgebäuden. Außerhalb dieser Gebäude erstreckt sich die Versicherung auf Arbeiten, die von dem zuständigen Dozenten oder Assistenten in dieser seiner Stellung angeordnet oder unter seiner Kontrolle vorgenommen werden (§ 3 Nr. 2).“ Eines Tages zog sich der Assistenzarzt Dr. G., als er in der Privatklinik des Prof. Dr. H. ein an Mittelohrentzündung erkranktes Kind behandelte, eine Stichverletzung des rechten Daumens zu. Als Folge der Verletzung machte sich eine Operation nötig, bei der einige Knochen aus der Hand herausgenommen werden mußten. Dr. G. meldete seinen Anspruch bei der Versicherungsgesellschaft an, die diesen zunächst anerkannte und sich zur Zahlung einer Entschädigung von 6100 Mark bereit erklärte. Später lehnte sie aber die Zahlung ab, weil Dr. G. lediglich aus Gefälligkeit gegen Dr. H. das Kind in dessen Privatklinik behandelt habe und somit der Unfall nach der Police nicht versicherungspflichtig sei. Das Landgericht und auf die Berufung der Beklagten das Oberlandesgericht in Breslau verurteilten die Versicherungsgesellschaft zur Zahlung mit folgender Begründung: Nach der übereinstimmenden Bekundung der Zeugen wandte sich Dr. R. an seinen Kollegen Prof. Dr. H. mit der Bitte, sein an Mittelohrentzündung erkranktes Kind zu behandeln. Wie von Dr. H. bestätigt wird, erfolgte die Behandlung aus kollegialer Gefälligkeit in diesen Fällen unentgeltlich. Schon hieraus ist zu entnehmen, daß Prof. Dr. H. die Hilfe in seiner Eigenschaft als Dozent übernommen hat; er mußte aber wegen einer Reise die Behandlung ablehnen und empfahl einen Assistenten der Universitätsohrenklinik zu verwenden. Dr. R. brachte nun sein Kind in die Universitätsohrenklinik. Da aber die Mutter des Kindes bei diesem bleiben wollte und keine Räumlichkeiten zur Pflege des Kindes vorhanden waren, wurde dieses in die Privatklinik des Prof. Dr. H. gebracht. Hier zog sich Dr. G. bei einer Spülung des Ohres die Verletzung zu. Es sprechen also alle Umstände dafür, daß Dr. G. in seiner Eigenschaft als Assistenzarzt gehandelt hat. Die Voraussetzung des § 3 Nr. 2

der Versicherungsbedingungen ist somit gegeben. Die beklagte Gesellschaft kann deshalb ihren Einwand nicht auf § 779 B.G.B. stützen, da die Beweisaufnahme einen versicherungspflichtigen Fall ergeben hat. Die dagegen eingelegte Revision wurde vom Reichsgericht als unbegründet verworfen.
(Sächsische Korrespondenz.)

Auch bei weiblichen Personen ist bei glattem Verlust der beiden Endglieder des rechten Zeigefingers eine wesentliche Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit nicht mehr anzunehmen und die Einstellung der zunächst gewährten Rente berechtigt. Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 15. Januar 1914.

Versicherungspflicht der Aerzte für die bei ihrer Fuhrwerkshaltung beschäftigten Personen. Beschluß des Reichs-Versicherungsamtes vom 30. Oktober 1913. (Amtliche Nachrichten des R.V.A.; 1913, S. 799.)

Seit dem Inkrafttreten der R.V.O. am 1. Januar 1913 ist das Halten eines Fahrzeuges schlechthin versichert, wenn hierbei versicherungspflichtige Personen beschäftigt werden. Der Umstand, daß der Kutscher oder Pferdepfleger hauptsächlich als Dienstbote (Diener, Gärtner) angenommen wurde, ist der Tatsache gegenüber, daß er auch für die Fuhrwerkshaltung in einem kraft Gesetzes versicherten Betriebe angestellt ist, ohne Bedeutung. Die Versicherungspflicht gegen Unfall (bei der neuen Berufsgenossenschaft der Privatfahrzeug- und Reittierbesitzer) tritt vielmehr ohne weiteres mit der Beschäftigung einer zu dem Kreise der versicherungspflichtigen Personen an sich gehörigen Arbeitskraft in einem versicherten Betrieb ein, auch wenn diese Tätigkeit für die betreffende Person nur eine Nebenbeschäftigung darstellt.

C. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

1. Bakteriologie und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

Eine Massenuntersuchung Gesunder auf pathogene Keime. Von Dr Mayer. Münchener med. Wochenschrift; 1914, Nr. 5.

Durch Erlaß des I. Bayerischen Armeekorps vom 12. Juni 1912 war verfügt worden, daß das Personal, das in Küchen und Kantinen verwendet werden soll, vorher auf die Ausscheidung pathogener Keime untersucht werden soll. Es wurden in München 301 Mann und in den anderen Garnisonen 176 auf Eignung als Köche geprüft. Die Massenuntersuchung umfaßte 5719 Mann. Unter den 6020 Mann, die in München untersucht wurden, fanden sich 3 Mann die pathogene Keime im Stuhl hatten. Je eine hatte Paratyphus B-Bazillen, Y-Ruhrbazillen, Flexner-Ruhrbazillen. Die auswärtigen Untersuchungen lieferten 2 Y-Ruhrbazillen. Man darf nicht den oft gemachten Schluß ziehen, wenn z. B. 2 Personen in einen Wurstladen sich infizierten, sich 8 andere in dem gleichen Laden auch anstecken mußten. Die Ansteckungsmöglichkeit ist nämlich vielseitig und oft sehr verschieden. Kontaktinfektion scheint selten zu sein. Verfasser faßt die Ergebnisse also zusammen: „Pathogene Keime im Darm Gesunder an gesunden Orten sind äußerst selten. Von einer Ubiquität des Paratyphusbacillus kann nicht gesprochen werden. Die Kontagiosität der Paratyphus-, Enteritis-, Y-Ruhr-, Flexner-Ruhrkeimträger ist, wenn überhaupt vorhanden, für gesunde Personen in gesunder Umgebung minimal. Der Schwerpunkt der Prophylaxe dürfte bei diesen Keimen auf die Vermeidung der Nahrungsmittelinfektion zu richten sein. Die Kontrolle der im Nahrungsmittelbetrieb beschäftigten Personen auf pathogene Darmkeime scheint sich beim I. Bayerischen Armeekorps seit 5/4 Jahren bewährt zu haben; sie empfiehlt sich insbesonders für Gefängniswesen, Internate, Gasthäuser, Krankenhäuser. Nicht zuletzt gilt auch hier der Satz: „Reine Straßen, reines Wasser, reine Hände sind Hauptmittel der Prophylaxe“. Dr. Graßl-Kempten.

Die Krankenhausbehandlung übertragbarer Krankheiten. Von D. L. Richardson, M. D., Providence, R. J. The journ. of the am. med. ass.; 1913, LXI, Nr. 21, S. 1882.

Der Autor, leitender Arzt des Providence City Hospital, gibt eine Schilderung der Erfahrungen von Grancher, der von 1890 bis 1900 6451 Kranke in den Sälen eines allgemeinen Krankenhauses isolierte, nur 1 mal Diphtherie, 7 mal Scharlach als Hausinfektion erlebte und durch seine Erfolge von der Unschädlichkeit der Uebertragung infektiöser Keime durch die Luft überzeugt wurde. An dieses Pariser Verfahren schloß sich das Barrièren- und das „Cubicle"-System in England, wo Biernacki im Plaistow-Hospital), Caiger, dessen Methode in dieser Zeitschrift (Jahrg. 1911, S. 663) geschildert ist, im South-Western-Hospital in London, Thompson (N.-E.-Hospital), Goodall (E.-Hospital) und Rundle in Liverpool ebenfalls nach dem Prinzip der aseptischen Krankenpflege gute Ergebnisse hatten.

Seit März 1910 werden die übertragbaren Krankheiten im Providence City-Hospital ebenso behandelt. Das Ergebnis war beim Pflegepersonal: von 17 Aerzten erkrankten an Diphtherie 3; von 47 Wärterinnen erkrankten an Scharlach 1, an Diphtherie 2; von 183 Lernschwestern, die 2 Monate in den Krankensälen tätig sind, erkrankten an Scharlach 11, an Diphtherie 10, an Röteln 1. Die Häufigkeit der Erkrankung der Küchenmädchen war: Scharlach 1, Diphtherie 1. Eine Wäscherin bekam Scharlach. Sekundärinfektion bei Kranken wurde beobachtet: unter 861 im Diphtheriesaal aufgenommenen Fällen 2 an Scharlach, 1 an Diphtherie, 18 an Windpocken, 3 an Röteln, 3 an Keuchhusten. Von 649 Kranken, die im Scharlachsaal waren, erkrankten neu an Diphtherie 3, an Masern 4, an Röteln 1, an Windpocken 13. Insgesamt wurden aufgenommen 2352 Fälle, von denen 88 nicht infektiös waren. Durch das „Cubicle"-System lassen sich zuverlässig isolieren: Diphtherie, Scharlach, Keuchhusten, Röteln, Mumps, Gonorrhoe; fraglich ist die Sache bei Windpocken und Masern. Die Hausinfektionen lassen sich bei weiterer Ausbildung der Technik gewiß vermeiden. Das bisher eingeschlagene Verfahren ist folgendes: Alle Kranke, einschließlich der Tuberkulösen, werden in demselben Krankenwagen hereingebracht, dessen Innenwand mit Wasser und Seife abgewaschen werden kann. Begleiter und Kutscher tragen reine waschbare Unterkleider und legen diese ab, nachdem der Kranke eingeliefert ist. Der Wagen wird nur mit Wasser und Seife gereinigt. In dem Aufnahmezimmer wird eine genaue Untersuchung vorgenommen, Proben aus Nase, Hals, Vagina (wohl nur bei Gonorrhoe?) werden zu Kulturen angelegt. Der Kranke bleibt dann 5—7 Tage lang in einem abgetrennten Zimmer, wo die Isolierung allein durch die aseptische Pflege durchgeführt wird. In den eigentlichen Isolierraum kommt er nur dann, wenn die Diagnose zweifelhaft ist oder eine Mischinfektion vorliegt. Manchmal genügt auch eine rote Karte am Bett, um die Wärterinnen zu besonderer Vorsicht anzuspornen. Mag nun der Kranke im großen Saal allein oder mit anderen in seiner Koje liegen, oder ein Zimmer allein haben, — immer wird er möglichst lange zu Bett gehalten darf nicht mit Gegenständen spielen, die von Bett zu Bett geworfen werden können. Die Hände von Aerzten und Schwestern werden sofort, nachdem sie mit ihm in Berührung gekommen sind, gewaschen; jeder Kranke hat sein Thermometer, Eiterbecken, Bettpfanne usw. für sich. Der Arzt wirft, wenn er in direkte Berührung mit dem Kranken kommt, einen Mantel um. Desinfektionsmittel werden nur von den Schwestern bei Masern und Varizellen gebraucht: Eintauchen der Hände 1 Minute lang in antiseptische Lösungen. Gummi- und Glasgegenstände, die von den Kranken benutzt werden, kommen in 5 % Karbollösung; ebenso Bettpfannen und Urinale.

Die Türen der Zimmer stehen immer offen, die Kranken können sich einander sehen, miteinander sprechen, und sind daher zufrieden.

Bei der Entlassung werden Bett, Waschbecken, Tisch, Stuhl, Boden und Wände jedes Raumes einfach mit Wasser und Seife gewaschen. Die Zimmer werden, wenn sie nicht sofort belegt zu werden brauchen, gelüftet, aber nie desinfiziert. Desinfektion der Kleider durch Dampf oder Formalin wird aber durchgeführt. Für die Kranken selbst genügt ein warmes Bad mit Seife und Shampoon; für die Hände der Aerzte ist ebenfalls kein Desinfektionsmittel im Gebrauch, außer bei Masern und Varizellen, wie bei den Schwestern.

Dr. Mayer-Simmern.

---

2. Cholera.

Die Rolle der Kontaktinfektion in der Epidemiologie der Cholera. Von Stabsarzt Dr. Eckert. Berliner klin. Wochenschrift; 1913, Nr. 50, S. 2326.

Im bulgarischen Heer brach vor Tschataldscha die Cholera explosionsartig aus. Dem Trinkwasser konnte nur eine geringe Rolle zugeschrieben werden; es handelte sich vielmehr um eine Kontaktinfektion infolge ungenügender Benutzung der Latrinen und der dadurch bewirkten, massenhaften Verstreuung infektiösen Materials. In Sofia konnte die Seuche, trotzdem in großer Zahl Einschleppungen geschahen und die hygienische Schulung der Bevölkerung ungenügend war, keinen festen Fuß fassen, da die Wasserversorgung und Kanalisation der Stadt einwandfrei waren. Auch in dem Hospital kamen trotz mangelhafter persönlicher Prophylaxe und dauernd gegebenen Gelegenheit zu Kontaktinfektionen keine Hausepidemien vor. Fliegen kommen für die Uebertragung wenig in Betracht. Die Kontaktinfektion ruft nur bei sehr reichlicher Verstreuung infektiösen Materiales Epidemien hervor; durch die Fürsorge für einwandfreie Unterbringung der Truppen, für Trinkwasserversorgung und Beseitigung der Abwässer wird die Ausbreitung von Seuchen am sichersten verhindert. Dr. Beintker-Düsseldorf.

Welche Bedeutung kommt dem Kontakt bei der Verbreitung der Cholera in Serbien 1913 zu. Von Stabsarzt Dr. Aumann. Berliner klin. Wochenschrift; 1914, Nr. 2, S. 62.

Das Studium der Cholera in Serbien hat gezeigt, daß diese Seuche auch allein auf dem Wege des Kontaktes eine geographisch sehr ausgedehnte Verbreitung mit zahlreichen Krankheitsfällen zeigen kann. In einem Orte trat eine Wasserepidemie mit 50, im Anschluß daran eine reine Kontaktepidemie mit 150 Fällen auf. In den anderen Orten eines größeren Gebietes konnte festgestellt werden, daß im Zusammenhang mit heimkehrenden Cholerakranken oder bazillenausscheidenden Reservisten zahlreiche kleine Kontakterkrankungen eintraten. Auf diese Weise kann eine Ausbreitung über ganze Landstriche auftreten. Namentlich unter den dortigen Verhältnissen kann man das Auftreten und die Verbreitung der Krankheit nur durch genaue Nachforschungen in den einzelnen Ortschaften feststellen. Dr. Beintker-Düsseldorf.

---

3. Pocken.

Ueber die Umzüchtung von Variola in Vakzine. Von Prof. Dr. L. Külz. Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene; 1913, Bd. 17, H. 18.

K. berichtet über einen Fall, der die noch immer von mancher Seite angezweifelte Umwandlung des menschlichen Pockenvirus in Vakzine einwandsfrei beweist. In einem Bezirk Togos, wo bisher noch nie Impfungen vorgenommen waren, wurde von zwei Pockenkranken Material entnommen und unter freiem Himmel auf ein Kalb gebracht. Es entwickelten sich auf diesem Kalbe am siebenten Tage Pusteln, die erst in der dritten Generation zu Menschenimpfungen benutzt wurden. Mit dieser Lymphe wurden etwa 30000 Impfungen ausgeführt, ohne daß ein Rückschlag in Variola zu beobachten war.

Der Uebergang der Variolavakzine in die Vakzine fand erst allmählich statt. Die Variolavakzine reifte langsamer, die Eintrocknung schritt nicht so schnell vorwärts, die Erträge waren reichlicher als bei der Vakzine. Alles Unterschiede der Entwicklung, die sich im tropischen Klima besonders scharf ausprägten. Dr. Dohrn-Hannover.

Ueber Schutzimpfung bei Varizellen. Von Karl A. Kling-Stockholm. Berliner Klinische Wochenschrift; 1913, Nr. 45, S. 2083.

Durch Einimpfung des Inhalts von Varizellenbläschen entstanden bei gesunden Säuglingen nur an den Impfstellen Pusteln, die in ihrem Auftreten die für die Krankheit charakteristischen Schübe zeigten. Die geimpften Kinder waren gegen die Krankheit geschützt; von 31 geimpften erkrankte nur eines ganz leicht, von 64 nicht geimpften dagegen 44 z. T. schwer.

Dr. Beintker-Düsseldorf.

---

4. Pest.

Die Präzipitinreaktion bei der Pestdiagnose. Von Dr. Piras-Genua. L'Igiene Moderna; 1913, Nr. 8.

Die Präzipitinreaktion kann bei der Pestdiagnose empfohlen werden, zumal sie auch noch anwendbar ist, wenn wegen vorgeschrittener Verwesung oder Austrocknung alle anderen Mittel zur Diagnose versagen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Eine Pestepidemie am Kilimandscharo im Jahre 1912. Von Stabsarzt Dr. Richard Lurz. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene; 1913, Bd. 17, H. 17.

Von 66 an Lungenpest erkrankten Eingeborenen starben alle. Die Ratten waren nur wenig durchseucht; es genügte aber diese Durchseuchung, um eine Pestepidemie zu veranlassen. Die Vernichtung der Ratten war dadurch erleichtert, daß ein massiver Unterbau der Hütten fehlte und das Aufgraben der Rattengänge sich leicht ermöglichen ließ.

Dr. Dohrn-Hannover.

Hygienische Beobachtungen über Ratten und Pestprophylaxe im Hafen von Palermo (1906—1910). Von Prof. Dr. Arcangelo Ilvento. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene; 1913, Bd. 17, H. 12.

Die Pestprophylaxe Palermos besteht besonders in einem intensiven Vernichtungskampf gegen die Ratten. Sämtliche Methoden gelangen zur Anwendung. Die Schlauheit der Ratten macht ständiges Wechseln der aufgestellten Käfige nötig. Die besten Köder für die männlichen Ratten sind Weibchen, die man in der Falle läßt und die Männchen anlocken. Durch Katzen werden die Ratten nicht getötet, wohl aber zur Auswanderung veranlaßt. Bedenklich ist bei der Verwendung von Katzen der Umstand, daß sie für Pest empfänglich sind und zur Verbreitung beitragen können.

Dr. Dohrn-Hannover.

---

5. Flecktyphus.

Untersuchungen über Fleckfieber. Von Dr. C. Hegler und Dr. St. v. Prowazek-Hamburg. Berliner Klinische Wochenschrift; 1913, Nr. 44, S. 2035.

Der in der serbischen Armee auftretende Flecktyphus soll etwa 10% Mortalität gehabt haben; im Hospital war die Mortalität natürlich höher. Als Anfangserscheinungen traten stets heftige, oft unerträgliche Kopfschmerzen, Schwindel und Zerschlagenheit auf, Schüttelfrost dagegen nur in ca. 50%. Bei einigen Fällen, bei denen die Krankheit erst im Lazarett zum Ausbruch kam, konnte eine plötzliche starke Temperatursteigerung festgestellt werden. Parallel dazu ging die Pulszahl, die ebenfalls schnell anstieg. Der Ausschlag trat meist am dritten, seltener am fünften Tage auf; sein Aussehen war wenig charakteristisch. Die Uebertragung der Krankheit geschah ausschließlich durch Läuse.

Für die Diagnose wichtig sind die Veränderungen an den Leukozyten: Die Kerne neigen zur Gliederung und Fragmentation; in den Zellen treten nach Giemsa stark karminrot gefärbte, längliche und runde Körperchen und Doppelkörperchen auf, die v. Prowazek als Strongyloplasmen (Lipschütz) anspricht. Das konstante Auftreten dieser Körper ist zur Differentialdiagnose gegenüber anderen akuten Exanthemen wichtig.

Die Krankheit konnte auf Affen (Macacus rhesus) übertragen werden; schon eine einzige Laus, die zerdrückt und dem Tier injiziert wurde, rief sie hervor. Die Einspritzung von Krankenblut bewirkte bei Meerschweinchen Temperatursteigerung. Die Uebertragungsversuche durch gefangene Läuse an Kranken hatten kein Ergebnis. Dr. Beintker-Düsseldorf.

Flecktyphus auf Schiffen. Von Reg.-Rat Dr. Markl-Triest. Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene; 1913, Bd. 17, H. 23.

Infolge des engen Zusammenlebens der Mannschaft mit türkischen Soldaten erkrankten 20 Personen an Flecktyphus. Die Krankheit begann in vielen Fällen sehr langsam. Eine hartnäckige Schlaflosigkeit trat in den

ersten Tagen besonders hervor. Das Exanthem erschien erst am 4. bis 5. Tage in Form einer Roseola und breitete sich in den nächsten Tagen über den ganzen Körper aus. Die Mortalität betrug 15%. Der bakteriologische Befund war negativ. Dr. Dohrn-Hannover.

D. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Wohnungshygiene.

Wohnungshygiene und Hochsommerklima. Von Prof. Dr. Gemünd-Aachen. Die Hygiene; 1913, Nr. 16 und 17.

Der Verfasser bespricht zunächst die Ursachen und hygienische Bedeutung des Hochsommerklimas der Wohnungen und dann den Einfluß der Bauweise. Unter den eigentümlichen Verhältnissen des Großstadtklimas hat das eingebaute Reihenhaus bezüglich der Temperaturverhältnisse im Sommer zweifellos Vorteile gegenüber der offenen Bauweise und dem freistehenden Haus. Als Vorzüge der geschlossenen Bauweise, insbesondere des Reihenhauses, kommen in Betracht: Geringere Herstellungskosten infolge gemeinsamer Benutzung der Zwischenmauern, geringere Straßenbaukosten infolge Fortfall des Bauwichs, günstigere Temperaturverhältnisse im Sommer infolge Verringerung der Sonnenbestrahlung, günstigere Temperaturverhältnisse im Winter infolge geringerer Wärmeabgabe, Schutz des Blockinnern bezw. der dort nach Möglichkeit anzubringenden Gärten und Innenparks vor dem Staube und Lärm der Straßen. Besonderen Vorzug verdient die Nordsüdlage. Für die Wohnverhältnisse kommen ferner nicht nur die Bauart und die Beschaffenheit der Wohnung, sondern mindestens ebenso sehr die Art der Benutzung und die sozialen Verhältnisse der Bewohner in Betracht. Man sollte wohnungshygienische Institute schaffen, die mit entsprechenden Apparaten und dem nötigen Personal ausgestattet, die Aufgabe hätten, diese und ähnliche, teilweise einer experimentellen Prüfung leicht zugängliche Fragen zu untersuchen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Vorschläge zur Ueberwindung einiger Mängel der Gartenstadtsiedelungen. Von Prof. Nußbaum. Hygiene; 1913, Nr. 18.

Um die Aufgaben in vollkommener Weise erfüllen zu können, empfiehlt es sich für jede Gartenstadt-Genossenschaft, ein größeres Gut anzukaufen, das bereits Bahnverbindung mit der Stadt besitzt oder in der Nähe einer Haltestelle sich befindet. Die dem Bahnhofe nächstliegenden Teile des Gutes werden zweckmäßig dem Bedarfe gemäß mit Eigenheimen besetzt, während das übrige Land in voller Bewirtschaftung bleibt. Dabei können die Aufzucht an Vieh und Geflügel, die Fischzucht, der Obstbau und Gemüsebau dem Steigen der Einwohnerzahl entsprechend allmählich vermehrt werden, so daß der gesamte Bedarf an den Erzeugnissen der Landwirtschaft sich decken läßt. Gleichzeitig sind ein Warenhaus, eine Schlächterei und Bäckerei einzurichten. Die Waldschule mit ihrem einfachen Haus, mit Spiel- und Tummelplatz soll diesen Wirtschaftsgebäuden fern liegen. Wo der Park erst geschaffen werden muß oder zu vergrößern ist, sollte die gesamte Siedelung als Garten angelegt werden, in dem die Heime zwanglos so einzubauen sind, daß sie der Landschaft Reiz geben. Die Abwässer können der Wiesenberieselung und dergleichen dienstbar gemacht und dadurch zugleich soweit gereinigt werden, daß jeder Bach sie aufnehmen darf. Ein Elektrizitätswerk läßt sich durch Kraftabgabe für die Gutwirtschaft zu angemessener Rente bringen. Die Verbindung der Gartenstadt mit einer Gutwirtschaft dürfte daher im wirtschaftlichen, gesundheitlichen und geistigen Sinne eine gleich glückliche Lösung bedeuten.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Städtisches Fernheizwerk. Von Oberingenieur Klinger-Wien. Städte-Zeitung; 1914, Nr. 22.

Die Warmwasser-Fernheizung mit Pumpenbetrieb hat folgende Vorzüge gegenüber der Dampffernheizung, die im Zusammenhange mit den jeweiligen örtlichen Verhältnissen vielleicht benutzt werden können:

1. Bei gleichen von der Zentrale zu entsendenden Wärmemengen sind die Wärmeverluste auf dem Hin- und Rückwege geringer.

2. Bei gleichmäßigem Dauerbetriebe ist sie der Dampf-Fernheizung überlegen.
3. Größere Sicherheit der Rohrleitungen gegen Undichtheiten.
4. Wegfall von allen Apparaten, z. B. der Niederschlagswasserableiter, die immer Aufsicht und Nachhilfe brauchen; zentrale Aufsicht vorhanden.
5. Sicherer Ausgleich der Ausdehnung der Rohrleitungen.
6. Reserveleitungen nicht nötig.
7. Begehbare Rohrkanäle wohl nicht gerade erforderlich, aber erwünscht.
8. Unabhängigkeit der Rohrführung vom Gelände.
9. Ausnutzung des Abdampfes großer Maschinen-Zentralen; billigerer Betrieb.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Warmwasser-Schnellumlaufheizung. Von Ewert-Tapiau. Heilanstalt; 1913, Nr. 22.

Das Rohrnetz mit den Kesseln und Heizkörpern fällt nicht teurer aus, als bei der Niederdruckdampfheizung; es ist kein tiefliegender Heizraum erforderlich, jeder, auch der ungünstigst gelegene Raum kann leicht beheizt werden. Die Heizkörper geben stets eine möglichst gleichmäßige und nicht wie bei der Dampfheizung, eine trockene Wärme ab. Die Warmwasser-Schnellumlaufheizung ist deshalb die idealste aller Zentralheizungen. Gerade der letzte Vorzug kann dieser Heizung die weiteste Verbreitung geben, da auch während der Nacht bei abgestellten Kesseln, durch die fortwährende zwangsweise Zirkulation des Wassers die Temperatur der Räume eine angenehme bleibt, was hauptsächlich für Krankenräume von großer Bedeutung ist und was man von der Dampfheizung keineswegs immer behaupten kann. Außerdem wird aus diesem Grunde noch eine gewisse Brennmaterialersparnis erzielt, weil bei der Dampfheizung die Räume am Morgen möglichst schnell auf die erforderliche Temperatur gebracht werden müssen. Als Nachteile dieser Heizung könnte man die Stromkosten der Antriebsmotore anführen, doch können diese geringen Unkosten bei den großen Vorteilen wohl kaum in Frage kommen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

2. Bekämpfung der Rauch- und Staubplage.

Eine neue Entstäubungsanlage. Von Dr. Iberling-Halle a. S. Rauch und Staub; 1913, Nr. 12.

Es kommen in Betracht: 1. Entstäubung durch Scheidewände, um durch Querschnittsveränderungen und Richtungsveränderungen ein Absetzen des Staubes zu erreichen. 2. Niederschlagen des Staubes durch Dampf oder Wasser. 3. Die Kombination beider Verfahren. 4. Abfangen des Staubes durch Filter. Einleuchtend ist ohne weiteres, daß, wenn man die Luft, analog der Reinigung des Wassers von mitgeführten Bestandteilen, vollständig vom Staube befreien will, man zu ihrer Filtration schreiten muß, ein Verfahren, daß an sich ganz einfach durchführbar erscheint und doch bisher der Technik große Schwierigkeiten bereitet hat und noch immer bereitet, da bisher noch kein Verfahren erfunden ist, das allen Anforderungen genügt, die man an ein solches stellen muß. Des Verfassers Messungen führten dazu, einen bisher für solche Zwecke nicht verwendeten Stoff in dem Rohhanf zu finden, der sich vorzüglich dazu eignet, Staub jedweder Art und Korngröße aus der Luft und aus Dämpfen zu entfernen. Weitere Ueberlegungen und Versuche lösten dann die bis vor kurzem noch offene Frage der Möglichkeit der praktischen Verwendung dieses Stoffes und führten zur Konstruktion einer recht einfachen Staubkammer. Die Hauptschwierigkeit der Verwendung des Rohhanfes lag in seiner großen Feuergefährlichkeit. Diese Schwierigkeit ist beseitigt, nachdem es gelungen ist, den Rohhanf nach einem bekannten Verfahren schwer brennbar zu machen, ohne daß seine staubabfangende Eigenschaft leidet.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die hygienische Bedeutung der Staubplage. Von Dr. Polag-Mühlhausen i. E. Gesundheit; 1913, Nr. 22.

Die Frage der Gesundheitsschädigung durch die Bakterien des in Wohnungen und Straßen zur Plage werdenden Staubes bedarf noch mancher Aufklärung. Einerseits wird man sich davor hüten müssen, die gesundheits-

schädliche Wirkung dieser Mikroorganismen zu überschätzen, da sie — von besonderen Umständen abgesehen — meist nicht zahlreich genug oder zu sehr geschwächt sein werden, um den menschlichen Organismus zu schädigen, anderseits wird man aber die Wirkung der Bakterien des Verkehrsstaubes auch nicht unterschätzen dürfen, wie die im Frühjahr und Herbst gehäuft auftretenden Hals-, Lungen- und anderen Entzündungen lehren. Deshalb ist gerade in diesen Jahreszeiten eine Beseitigung und Unterdrückung des Straßenstaubes besonders wichtig. Dem Körper schaden — von den Fällen der Beschmutzung offener Wunden mit Straßenkot abgesehen — nicht die im feuchten Straßenschmutz befindlichen Bakterien, sondern die mit dem Staube emporgehobenen und mit ihm an die verwundbaren Stellen des Organismus herangebrachten. Schließlich ist noch zu bedenken, daß die Bakterien auch im besprengten Straßenstaube unter dem Einfluß des Sonnenlichts und der Austrocknung allmählich, wenn auch erst in längerer Zeit zugrunde gehen. Uebermäßige Staubentwicklung muß, soweit es die Technik und die finanziellen Kräfte gestatten, nach Möglichkeit vermieden werden. Als Richtschnur für Vorschläge zur Bekämpfung der Staubplage muß der Grundsatz gelten: Möglichste Einschränkung der Staubplage ohne übermäßige Beschränkung des Verkehrs.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Praktische Erfolge der Rauchbekämpfung in München. Von Bauamtmann Hauser-München. Rauch und Staub; 1913, Nr. 12.

Die vom Verfasser aufgeführten Beispiele zeigen, wie im einzelnen Falle meist mehrere Ursachen der Rauchentwicklung zusammenspielen und wie es von Fall zu Fall mehr oder weniger umfangreicher Untersuchungen und des Eingehens auf die jeweiligen besonderen Verhältnisse bedarf, um sachgemäße, d. h. den Betriebs- und sonstigen wirtschaftlichen Verhältnissen möglichst angepaßte Maßnahmen zur Durchführung zu bringen. Wenn aber diese eine Voraussetzung erfüllt ist, dann darf auch von der Industrie mehr noch als bisher ein Entgegenkommen bei Lösung der Rauchfrage berechtigterweise gefordert werden; fährt sie doch in den meisten Fällen nach erfolgreicher Verhinderung der Rauchentwicklung erfahrungsgemäß besser als vorher, ganz abgesehen von dem Dienst, den sie dadurch der Allgemeinheit leistet.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Hygienische Straßenpflasterung. Archiv für Stadthygiene; 1913, Nr. 11

Besondere Vorzüge des Teer-Zementpflasters sind: Geräuschlosigkeit im Verkehr, Schonung von Wagen und Pferden, große Verkehrssicherheit, Haltbarkeit, Festigkeit und leichte Reinhaltung. Der hohe hygienische Wert liegt jedoch nicht nur in diesen Eigenschaften, sondern vor allem in der durch den Zusatz von Steinkohlenteerdestillat zum Deckschichtbeton erzielten Staubfreiheit des Belages und auch in seiner desinfizierenden Wirkung, so daß sich Krankheitserreger auf der Decke nicht bilden können. In gesundheitlicher Beziehung kommt dem Teer-Zementpflaster höchstens nur die Steinschlagbahn mit Innenteerung gleich; diese weist jedoch nicht eine so ebene Oberfläche auf. Von allen Pflasterungssystemen ist daher das Teer-Zementpflaster ohne alle Frage diejenige Straßenbefestigung, die die menschliche Gesundheit am wenigsten gefährdet und selbst an trockensten Sommertagen das Aufkommen von Staub verhindert. Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

3. Trinkwasserversorgung.

Ueber die Trinkwassersterilisation mit Salzsäure — Brom — Bromkali (Dr. Riegel). Von Stabsarzt Dr. Aumann. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1914, H. 2.

Das Verfahren stellt eine Ausgestaltung des Schumburgschen Verfahrens dar. Dem zu desinfizierenden Wasser wird gleichzeitig mit der Brom-Bromkalilösung Salzsäure zugesetzt; nach einer Einwirkungszeit von 15 Minuten wird die Salzsäure durch Natrium bicarbonicum neutralisiert; das noch freie Brom durch Natrium sulfurosum gebunden. Nach der schnell eintretenden Klärung in das Wasser gebrauchsfertig. Aumann zeigt an zwei herausgegriffenen Versuchen, die an Kanalwasser angestellt wurden, dem Cholera-

und Typhusbazillen zugesetzt waren, daß das Verfahren eine sichere Keimvernichtung gewährleistet. Dr. Bernstein-Mühlhausen i. Thür.

Ueber die Sterilisation kleiner Trinkwassermengen durch Chlorkalk mit Berücksichtigung der militärischen Verhältnisse. Von Stabsarzt Dr. Aumann und Stabsapotheker Dr. Storp. Deutsche mediz. Wochenschrift; 1914, Nr. 6.

Die Verfasser haben ein von der Firma vormals Bayer & Co. angegebenes Verfahren zur Trinkwassersterilisation mittel Chlorkalk und nachfolgender Dechlorierung durch Natriumperkarbonat („Antichlor") einer eingehenden Prüfung besonders im Hinblick auf militärische Verhältnisse unterzogen. Im Gegensatz zu den Erfahrungen Langers (s. Ref. in dieser Zeitschrift; 1914, Nr. 2, Seite 75) kommen die Verfasser zu folgenden Ergebnissen: Ein mit den frisch gelieferten Reagentien behandeltes Wasser war nach dem Filtrieren klar, von alkalischer Reaktion und besaß oxydierende Eigenschaften, die durch überschüssiges Natriumperkarbonat bedingt waren. Nach drei Monate langem Lagern war der Chlorgehalt des Chlorkalkgemisches wenig, um rund 2,5 %, der Gehalt des Antichlors an wirksamem Perkarbonat dagegen fast völlig verloren gegangen. Ein mit diesen Reagentien behandeltes Wasser riecht und schmeckt nach Chlor und ist als Trinkwasser unbrauchbar. Infolge dieser nachgewiesenen Inkonstanz der Reagentien läßt sich eine Gewähr für sichere Keimvernichtung nicht geben. Da stets eine Filtration erforderlich ist, der Geschmack des Wassers nicht einwandfrei ist und eine wirksame Sterilisation nicht für alle Fälle gesichert erscheint, ist es für Feldverhältnisse abzulehnen. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Filtriermethoden und Filtrierapparate. Von Th. Wolff-Friedenau Der Stadtverordnete; 1913, Nr. 19.

Die Wasserversorgung der Städte leidet an der Schwierigkeit, daß die Wassermengen, die täglich gebraucht werden, so groß sind, daß sie nur schwer einem meist zeitraubenden, hygienisch vollkommen einwandfreien Verfahren unterworfen werden können. Hier Wandel zu schaffen, eine Filtrations- bezw. Reinigungsmethode zu finden, die bei gleicher Leistungsfähigkeit wie die Sandfiltration doch eine viel größere Reinheit des Wassers erzielt, das ist eines der wichtigsten Probleme der Stadthygiene und der hygienischen Technik.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Bleivergiftungen durch die Wasserleitung. Von A. Schwenkerbecher. Münchener med. Wochenschrift; 1914, Nr. 7.

Verfasser beobachtete in einem Dorfe eine ausgebreitete Bleivergiftungsepidemie durch die Wasserleitung. Von 26 untersuchten Einwohnern boten 12 sichere, objektive Bleisymptome, 6 waren verdächtig und 8 waren frei von Symptomen. Hauptsächlich die kleinen Kinden blieben frei. Das Wasser war außerordentlich weich, hatte reichlichen Sauerstoff- und Kohlensäure-Gehalt und enthielt Nitrate, Eigenschaften, die das Zustandekommen der Vergiftung fördern. Die Leitung hatte Eisenröhren und nur in den Hausanschlüssen Bleiröhren. Die längste Bleiröhre war 170 m. Dr. Graßl-Kempten.

---

4. Beseitigung der Abfallstoffe und Abwässer; Reinhaltung der Flüsse.

Die Abfallvernichtung in kleinen Städten. Von Jng. W. Heym-Gr.-Lichterfelde. Die Städtereinigung; 1913, Nr. 18.

Faßt man die verschiedenen Momente, die bei der Abfallbeseitigung in kleineren Städten in Frage kommen, zusammen, so ersieht man, daß für ganz kleine Städte eine Beseitigung durch Vergraben oder durch Verfüttern an Schweine am zweckmäßigsten, in größeren Städten dagegen ein Verfüttern an Schweine oder eine Verbrennung die empfehlenswertere Art der Abfallvernichtung ist. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Der Abwässerschlamm in den Städten. Von Ing. Kajet. Städte-Zeitung; 1913, Nr. 11.

Der Verfasser berichtet über die Umfrage, die sich auf 54 Städte

erstreckte. Der überaus größte Teil der Städte hat für seinen Klärschlamm mehr oder weniger gute Absatzgebiete gefunden; desgleichen steht die Brauchbarkeit des — meist vorbehandelten und getrockneten — Schlammes außer Zweifel. Durch die oft hohen Beträge, die durch den Schlammverkauf erzielt werden, zeigt sich die Bedeutung des richtig behandelten Klärschlammes für landwirtschaftliche und ähnliche Zwecke, eine Bedeutung, die allerdings nach den Erfahrungen in der Verwendung des Abwässerschlammes durch Transport-Entfernungen begrenzt ist. Der überwiegende Teil des in den Städten erzeugten Klärschlammes findet seine Verwendung für landwirtschaftliche und gärtnerische Zwecke. Eine Ausnahme macht wiederum der in Kohlebrei-Kläranlagen erzeugte, durch künstliche Schnelltrocknung vorbereiteten Schlamm, dessen Anwendungsgebiet Heiz- und Kraftzwecken zugänglich gemacht wird, allerdings nicht mit dem guten wirtschaftlichen Erfolge, wie ihn sich die Fachwelt beim ersten Auftauchen dieses Klärverfahrens versprochen hat. Derartig behandelter Schlamm wird meist für die Betriebszwecke des Klärwerkes selbst verwendet, was auch bei dem unter den Schlammbehandlungsmethoden genannten Kolazit-Verfahren zutrifft. Die über die Höhe der Schlammbehandlungskosten von den Städten angegebenen Zahlen zeigen am deutlichsten, welche Lasten das Konto Abwässerbeseitigung unseren nach modernen hygienischen Vorwärtsstreben gerichteten Städten auferlegt. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Soll man bei Trennkanalisation Schmutz- und Regenwasserkanäle in einer oder in getrennten Baugruben legen. Von Stadtbaurat Hache-Gleiwitz. Gesundheit; 1914, Nr. 7.

1. Bei gutem, sandigem, trockenem Boden und bei nicht zu großen Höhenunterschieden in der Tiefenlage der Leitungen sollte man stets Schmutz- und Regenwasserkanalisation der Billigkeit halber in einer Grube verlegen. Die Ersparnis, die in der Hauptsache bei den Erd- und Pflasterarbeiten zu verzeichnen ist, kann nach der verschiedenen Größe der Rohre bis 15% betragen.

2. Bei lehmigem Boden, bei dem die Lage der einzelnen Rohre gegeneinander in einer Baugrube durch Betonverstärkung oder andere Maßnahmen gesichert werden muß oder auch wo sehr große Höhenunterschiede in den einzelnen Tiefenlagen der Rohre zu verzeichnen sind, wird es sich wohl in den meisten Fällen empfehlen, getrennte Baugruben vorzunehmen. In sehr engen Straßen wird man aber selbst bei solchen Verhältnissen die Verlegung beider Kanäle in einer Baugrube vornehmen, trotzdem sie teuerer ist; auch bei großen, verkehrsreichen Straßen wird man prüfen müssen, ob es nicht trotz der teueren Kosten im Verkehrsinteresse zweckmäßig ist, die Verlegung in einer Grube vorzunehmen.

3. Bei hohem Grundwasserstand oder bei Vorkommen von Schwimmsand, bei dem die Anwendung von Spundbohlen erforderlich wird, ist stets das Verlegen beider Leitungen in einer Grube billiger und vorzuziehen.

4. Schließlich ist die Herstellung der Hausanschlüsse bei gemeinschaftlicher Baugrube einfacher und billiger. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Abwässerfrage und das Kolloidtonreinigungsverfahren. Von Prof. Dr. Rohland-Stuttgart. Rauch- und Staub; 1913, Nr. 2.

Klärbrunnensysteme genügen nicht, um eine vollständige Reinigung der städtischen Abwässer herbeizuführen. Doppelt gefährlich wird dieser Zustand im Vorfluter, wenn sich in ihm nicht vollständig gereinigte städtische Abwässer mit Fabrikwässer vereinigen, wie Verfasser das jetzt häufig beobachtet hat. Dann bilden die zahlreichen kolloiden Substanzen das Nahrungssubstrat für die Bakterien, die aus den städtischen Abwässern stammen. Jedenfalls enthalten die Abwässer, die aus dem Emscher- oder Kremer-Brunnen kommen, viele feine suspendierte Teilchen, die schlecht gereinigten städtischen Abwässer außerdem sehr viel kolloid gelöste und kolloid veranlagte Substanzen, was sich äußerlich durch starke Schaumbildung bemerkbar macht. Ferner enthalten diese Abwässer noch den Farbstoff der Fäkalien und des Urins. Durch Zusatz von Kolloidton wird eine Entfernung der höchst schädlichen kolloiden Substanzen, die in den Vorfluter geleitet Seuchen verbreiten

und die Fischzucht schädigen können, aus dem Abwasser bewirkt und dieses dadurch gereinigt. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Beeinflussung der biologischen Abwässerreinigung durch Endlaugen aus Chlorkaliumfabriken. Von Dr. Arno Müller und Dr. Ludwig Fresenius. Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt; 1913, Heft 4.

Die Ableitung von Abwässern der ständig an Zahl zunehmenden Chlorkaliumfabriken führt zu einer steigenden Versalzung gewisser Flußgebiete. Ueber den Einfluß dieser Endlaugen auf ein Gewässer hinsichtlich seiner Eigenschaften als Trink-, Fisch- und Gebrauchswasser liegt bereits eine Reihe von Gutachten des Kaiserl. Gesundheitsamtes vor. Verfasser bearbeiten als erste die Frage nach dem Einflusse dieser Endlaugen auf die selbstreinigende Kraft eines Gewässers. Da es nicht möglich war, derartige systematische Untersuchungen an einem fließenden Gewässer auszuführen, wurden als Versuchsobjekt biologische Tropfkörper gewählt, weil sich bei dem biologischen Verfahren der Abwässerreinigung in den biologischen Körpern und deren Abläufen dieselben Organismen finden, die auch für das organisch verschmutzte Flußwasser charakteristisch sind.

Verfasser folgern aus ihren Untersuchungen, daß in einem Flußwasser eine Versalzung bis zu 3000 mg Chlor im Liter, entsprechend 5000 mg Chlornatrium oder 4000 mg Magnesium, keinen schädlichen Einfluß auf die biologischen Vorgänge bei der Selbstreinigung hat, daß vielleicht auch höhere Salzmengen noch ertragbar sind, daß dagegen bei 6000 mg Chlor im Liter eine Schädigung stattfinden dürfte (die vom Reichsgesundheitsamt festgesetzte Versalzungsgrenze des Flußwassers beträgt 450 mg Chlor im Liter, liegt also erheblich tiefer). Dr. Vasen-Bonn a. Rh.

Fischsterben bei gleichzeitiger Vortizellenwucherung auf den Daphnien des Gewässers. Von Dr. R. Müller-Kiel. Zentralblatt für Bakteriologie; 1913, 1. Abt., Org., Bd. 72, H. 3.

Im September 1913 trat im „Kleinen Kiel“, einem Binnensee der Stadt Kiel, ein plötzliches Fischsterben auf. Als Ursache fanden sich massenhafte, mit Vortizellen (Glockentierchen, Protozoen) dicht bewachsene Wasserflöhe (Krebstierchen), die dem Wasser eine rötliche Färbung verliehen und ihm offenbar den für die Fische notwendigen Sauerstoff entzogen. Eine besondere Verunreinigung des Wassers hatte nicht stattgefunden, wohl aber war eine längere Zeit ungewöhnlich warmen Wetters mit bewölktem Himmel vorangegangen. Nach 2 Wochen kühlen Wetters war das Wasser wieder normal.

Dr. Hutt-Breslau.

---

5. Gewerbehygiene.

Medizinalabteilungen für Industriebetriebe. Von Ing. W. Heym-Gr.-Lichterfelde. Zentralbl. für Gewerbehygiene; 1913, Nr. 10.

Die Aufgaben sind:

1. Vollkommene Untersuchung aller Angestellten auf ihren Gesundheitszustand.
2. Sofortige Beachtung aller bei derartigen Untersuchungen ermittelten Mängel und die erforderlichen Schritte zu deren Beseitigung.
3. Wiederholung der Untersuchungen in bestimmten Zeitzwischenräumen bei denjenigen Angestellten, bei denen Mängel beobachtet worden waren, um feststellen zu können, ob diese Mängel behoben sind.
4. Sofortige Behandlung aller Angestellten, die durch Betriebsunfälle oder Krankheiten in nicht einwandsfreiem Gesundheitszustande befunden wurden, und Durchführung von Maßnahmen, die geeignet sind, solche Leute in kürzester Zeit in den gewünschten Gesundheitszustand zu versetzen.

Der Arzt erscheint etwa drei Stunden am Tag in dem Betriebe bei gleichmäßiger Verteilung dieser Zeit auf dem Vor- und Nachmittag.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Meldung von Gewerbekrankheiten in den Niederlanden. Von Dr. Kranenburg-Gravenhage. Zentralbl. für Gewerbehygiene; 1913, Nr. 1.

Infolge Art. 21 des Arbeitsgesetzes von 1911 ist seit dem 1. Januar 1912

jeder Arzt verpflichtet, dem General-Arbeitsdirektor von bestimmten, durch Verordnung bezeichneten Krankheiten schriftlich, und zwar durch Einsendung einer Mitteilung, deren Form behördlich festgesetzt ist, über die bei ihm in Behandlung befindlichen Fälle dieser Krankheiten Anzeige zu erstatten. Kategorie A umfaßt die Krankheiten, die nur ausnahmsweise durch Einflüsse, die auch außerhalb Fabriken und Werkstätten auftreten, verursacht werden und stets angezeigt werden müssen. Es sind dies: Anilinvergiftung, Ankylostomiasis, Anthrax, Arsenikwasserstoffvergiftung, Benzin- oder Benzolvergiftung, Kaissonkrankheit, Chromvergiftung, Zyanvergiftung, Kohlenoxydvergiftung, Bleivergiftung, Malleus, Nitro- und Dinitrobenzolvergiftung, Vergiftung durch nitrose Gase, Schwefelkohlenstoffvergiftung, Schwefelwasserstoffvergiftung. Kategorie B umfaßt die Krankheiten, die sowohl durch Einflüsse des Betriebes als außerhalb desselben auftreten: Arsenikvergiftung (mit Ausschluß von Arsenikwasserstoffvergiftung), Hautkrebs und Krebsgeschwüre, Quecksilbervergiftung, Lungenleiden, Nystagmus, eiterige Schleimbeutelentzündung des Knies, eiterige Schleimbeutelentzündung des Ellenbogens, Entzündung des Handgelenks, Entzündung des Haut- und Unterhautzellengewebes, der Sehnenscheiden der Hand und des Muskelgewebes des Vorderarms, Entzündung und Geschwüre der Haut und Geschwüre der Schleimhaut von Nase und Mund, Entzündung des Schultergelenks, Entzündung des Kniegelenks, Phosphorvergiftung, Star, Tetanus, Geschwüre der Horn- und Bindehaut des Auges. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Der gewerbliche Arbeiterschutz in der chemischen Industrie. Von Oberregierungsrat Krantz-Dresden. Zentralbl. für Gewerbehygiene; 1912, Nr. 12.

Wissenschaft und Technik, bisweilen angeregt durch scharfe staatliche oder berufsgenossenschaftliche Auflagen und Ueberwachung, sind unausgesetzt bemüht, den Gefahren, die besonders der chemischen Industrie eigen sind, immer mehr einzuschränken, ohne ihr doch unerträglich lähmende Fesseln anzulegen. Bei den raschen Fortschritten, die sich gerade in der chemischen Industrie fortgesetzt vollziehen, werden dabei immer neue, zunächst kaum lösbar scheinende Aufgaben gestellt, bei denen wir aber doch früher oder später auf eine befriedigende Lösung hoffen dürfen. Des Verwaltungsbeamten und Richters Aufgabe dürfte es bisweilen sein, die Durchführung jener Maßnahmen nach den Vorschlägen von Technik und Wissenschaft in die Tat umsetzen zu helfen, namentlich gegenüber Gewerbetreibenden, denen vielleicht der eigene wirtschaftliche Vorteil höher steht als die Sorge für Leben und Gesundheit der im Gefahrenbetriebe beschäftigten Personen. Erst aus solchem Hand- in Handarbeiten aller Beteiligten wird dann ein Ergebnis hervorsprießen, wie es allen zum Schutze und Nutzen der Allgemeinheit und unseres rührig auf der Bahn des Fortschrittes und der Fürsorge voranschreitenden Vaterlandes als erstrebenswertes Endziel vorschwebt. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Lichtkrankheiten und Lichtschutz der Augen. Von Marine-Stabarzt Dr. Groß. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1914, Heft 4.

Zu den längst bekannten Blendungskrankheiten durch natürliche Lichtquellen sind in der Neuzeit die Augenschädigungen durch künstliche Lichtquellen getreten. Ihrem Verlaufe nach sind akute und chronische Störungen zu unterscheiden; erstere sind häufig bei Arbeitern in elektrischen Fabriken zu beobachten, befallen besonders die vorderen Augenabschnitte und verlaufen meist günstig. Die chronische Form entsteht durch langanhaltende Wirkung schädlicher Lichtstrahlen. Welchen Anteil die leuchtenden und die nichtleuchtenden Strahlen bei den Blendungserkrankungen haben, ist nicht scharf abzugrenzen; wahrscheinlich rufen die ultravioletten Strahlen die äußeren Entzündungen des Auges, die leichten chronischen Reizungen der Bindehaut und funktionelle, ophthalmoskopisch nicht nachweisbare Störungen des Farbensinns und der Dunkeladaptation hervor, während schwerere Veränderungen, wie Chorioretinitis, Sehnervenentzündung usw. auf Rechnung der leuchtenden Strahlen zu setzen sein dürften.

Groß macht ferner darauf aufmerksam, daß das Licht der verschiedenen Glühstrumpflampen und mehr noch das der elektrischen Glühlampen reich an ultravioletten Strahlen ist, die von gewöhnlichem Glas zum Teil, von

dünnwandigen Glasglocken nur unwesentlich absorbiert werden; auch Mattierung des Glases ist ohne wesentlichen Einfluß. Dagegen absorbiert Euphos-Glas, das in verschiedenen Absorptionsstärken hergestellt wird, die ultravioletten Strahlen und schwächt die sichtbaren Strahlen nur um etwa 5 % mehr als gewöhnliches Glas. Es erweist sich als besonders geeignet zum Schutze gegen blendende Sonnenreflexe der See und gegen Scheinwerferlicht, also für Tätigkeit bei Sonnenlicht und für Arbeiten beim Regulieren von Bogenlicht, beim Schweißverfahren usw. Dr. Bernstein-Mühlhausen i. Thür.

Gewerbliche Hautkrankheiten. Von Dr. M. Oppenheim. Wiener klinische Wochenschrift; 1914, Nr. 3.

O. gibt aus der reichen Erfahrung, die er als Spezialarzt des Verbandes der Genossenschaftskrankenkassen in Wien und Umgebung gesammelt hat, eine Uebersicht über sämtliche vorkommenden gewerblichen Hautkrankheiten, die augenscheinlich in Oesterreich eine große Rolle spielen. Von den 1800 behandelten Hautkranken waren 400 Fälle auf gewerbliche Schädigungen zurückzuführen. Dr. Dohrn-Hannover.

Gesundheitsschutz in Zuckerraffinerien. Von Gewerbeassessor Schürmann-Harburg. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1913, Nr. 10.

Der Arbeiter in der Zuckerraffinerie ist in erster Linie, und zwar bei fast allen Arbeiten, den schädlichen Einflüssen einer hohen Temperatur ausgesetzt. Es ist technisch nicht möglich, diesen Uebelstand ganz auszuschalten, da die hohen Temperaturen durch den Betrieb bedingt sind. Eine erhebliche Verminderung der Belästigungen ist dagegen durch geeignete Fabrikationsverfahren und technische Maßnahmen zu erzielen; es ist dies um so leichter, als hierbei durchweg die Interessen des Arbeiterschutzes mit denen der Wirtschaftlichkeit Hand in Hand gehen. Bei Neuanlagen sollte dies stets berücksichtigt werden. Mit den unvermeidlichen Uebelständen ist namentlich in den alten, nicht neuzeitlich angelegten Betrieben zu rechnen. In Zuckerraffinerien ist daher die Körperkonstitution der Arbeiter zu berücksichtigen und durch Versuche festzustellen, wie der einzelne die hohen Temperaturen verträgt, um hiernach diejenigen Leute auszuwählen, die die Arbeit auf den heißesten Posten aushalten, ohne daß gleich eingreifende Schädigungen der Gesundheit eintreten. Arbeiter mit trockener Haut, die keine Neigung zur Schweißbildung zeigen, mit Herzfehlern behaftete und Alkoholiker sollten von den heißen Stationen ganz ausgeschlossen werden. Ferner ist darauf Wert zu legen, daß den in heißen Räumen beschäftigten Leuten zeitweise Arbeit in kühlen Räumen angewiesen wird. Einwandfreies Trinkwasser oder andere alkoholfreie Getränke müssen jederzeit zu Gebote stehen. Vor dem Genuß alkoholischer Getränke, namentlich von Branntwein, ist zu warnen. Bade- und Waschgelegenheit in heizbaren Räumen, die von den Arbeitern, ohne daß sie sich Zugluft aussetzen, leicht erreicht werden können, sind für Zuckerraffinerien eine selbsverständliche Forderung. Eine fleißige Benutzung der Baderäume muß dadurch gefördert werden, daß den Arbeitern, die in besonders heißen Räumen, wie in den Kandisstoven oder Trockenräumen gearbeitet haben, auch während der Arbeitszeit das Baden gestattet wird. Umkleideräume und Bedürfnisanstalten müssen ebenfalls so angelegt sein, daß sie von den Arbeitern, ohne einem starken Temperaturwechsel ausgesetzt zu sein, erreicht werden können. Die Kleidung sollte nach Arbeiten in heißen Räumen vollständig gewechselt werden. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Zur Frage der ärztlichen Ueberwachung und Begutachtung der Arbeiter in Bleibetrieben. Von Prof. Dr. Rambousek-Prag. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1914, H. 3—4.

Bei Aufrechterhaltung der Vorschläge hinsichtlich der Voruntersuchung (womöglich beim Eintritt in das Lehrverhältnis der Bleibetriebe) und des erhöhten Schutzes der Jugendlichen und weiblichen Hilfsarbeiter, die wohl meist schon zu Recht besteht, verwirft Verfasser alle Ausschlußmaßnahmen, zumal ein Ausschluß nicht kranker, arbeitsfähiger Arbeiter von der Arbeit wirt-

schaftlich und rechtlich undurchführbar ist. Dagegen tritt er für die sofortige Krankmeldung auch nur leicht kranker Arbeiter durch einen erfahrenen, die Arbeiter ständig beobachtenden und das Vertrauen aller Betriebsangehörigen genießenden Fabrikarzt ein. Für den Fall, daß der Fabrikarzt mit Sicherheit zu erkennen glaubt, daß einem Arbeiter, der noch nicht krank ist, Bleivergiftung droht, ist dieser innerhalb des Betriebes bei vollem Lohn einige Zeit nach Tunlichkeit so zu beschäftigen, daß er kein Blei aufnehmen kann, vom Arzte weiter zu beobachten und nach Ablauf der Gefahr wieder in die gewohnte Arbeit einzustellen. Dem Gewerbeinspektor und dem Amtsarzte ist die Oberaufsicht über die Durchführung dieser Maßnahmen zu übertragen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber die Bedeutung der Blutuntersuchung für die Diagnose der Bleivergiftung. Von Prof. Dr. Schmidt-Leipzig. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1914, Nr. 1.

Keinesfalls ist die basophile Körnung als ein spezifisches Symptom etwa nach Art der Immunstoffe aufzufassen; sie ist lediglich zufällig spezifisch, da die anderen Krankheiten, wo sie beobachtet wurde, fehlen. Man weiß, daß mit dem Mikroskop große persönliche Fehlerquellen ausgeschaltet werden, daß, wenn wirklich Irrtümer unterlaufen sollten, diese weit geringer sind, als bei ausschließlich klinischer Untersuchung. Zudem ist das Mikroskop ein absolut unparteiischer Schiedsrichter zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die gewerblichen Metallvergiftungen in Preußen im Jahre 1912 nach dem Jahresbericht der Gewerbeaufsicht. Von Dr. Francke-Frankfurt a. M. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1913, Nr. 9.

Das Ergebnis der angestellten Ermittelungen erscheint zwar im ersten Jahr naturgemäß unvollständig, dennoch aber wohl geeignet, zum Ziele zu führen. Für die folgenden Jahre sind, nachdem das Verfahren sich eingelebt hat und allgemein durchgeführt ist, noch bessere Ergebnisse zu erwarten, wenn auch zweifelsohne später noch manche Abweichungen sich herausstellen werden. Die für 1912 gewonnenen Zahlen lassen schon sicher erkennen, daß die gewerbliche Bleivergiftung häufiger vorkommt, als nach den bisherigen Angaben angenommen werden konnte. Sie geben einen Anhalt, in welcher Weise der Schutz gegen Bleierkrankungen auszubauen ist; ferner werden sie später eine Unterlage für die Prüfung der Frage geben, ob man die Krankheiten den Unfällen gleich entschädigen soll. Die Ziffern zeigen endlich, daß das eingeschlagene Verfahren als ein vorläufiger Ersatz für die ärztliche Meldepflicht angesehen werden kann, die nach dem Beispiel anderer Staaten in Deutschland einzuführen besondere Schwierigkeiten zu bieten scheint.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Chronische Benzolvergiftungen. Von Dr. Gerbis-Ludwigshafen. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1914. Nr. 2.

Die Widerstandsfähigkeit gegen Benzol ist nach allen Erfahrungen individuell verschieden. Weibliche Personen im jugendlichen Alter, Blutarme und Herzkranke müssen besonders vorsichtig mit Benzol sein. Schwäche, Blutarmut und Hautblutungen bezw. Schleimhautblutungen sind wohl die einzigen Frühsymptome der schleichenden Benzolvergiftung. Die technischen Verwendung des Benzols erheischt also die volle Aufmerksamkeit der Gewerbehygieniker und Aufsichtsbeamten.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Terpentinölersatzmittel und ihre hygienische Bedeutung. Von Dr. Wolf-Berlin. Hygiene; 1913, Nr. 23.

Da die Terpentilölersatzmittel lediglich zum Waschen benutzt werden, wie in den Druckereien zum Reinigen der Walzen und Druckformen, sollte man vorläufig von ihrer Verwendung absehen; denn gerade bei dieser Verwendungsart sind vielfach Hauterkrankungen vorgekommen, die verschwanden, als man wieder reines, frisches Terpentinöl und gutes Petroleum benutzte.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Beseitigung der Trandünste in den Oelwerken. Von Gewerberat Dr. Hencke-Wesel. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1914, Nr. 1.

Seit kurzer Zeit ist in Emmerich a. Rh. eine Fabrik „Die Oelwerke Germania" in Betrieb gekommen, die flüssige Oele jeder Art in harte Fette umwandelt und imstande ist, flüssige Oele bis zu einem Schmelzpunkt von + 82° C. zu härten. Die Fabrik darf nicht allein deshalb, weil sie zurzeit die einzige dieser Art Deutschlands ist, ein allgemeines Interesse beanspruchen, sondern auch besonders deshalb, weil sie in vorbildlicher Weise die üblen Dünste des Trans, der zurzeit vorwiegend als Ausgangsmaterial für die Fabrikation dient, unschädlich macht, und beseitigt, so daß in den Arbeitsräumen und der Umgebung der Fabrik fast nichts von dem sonst ekligen, intensiven Geruch des Trans wahrzunehmen ist. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die hygienische Bedeutung eines einwandsfreien Sackverschlusses. Von Prof. Dr. Rambousek-Prag. Zentralbl. für Gewerbehygiene; 1918, Nr. 10.

Ein Sackverschluß ist bei Verpackung in Säcken von staubförmigem und staubendem, ferner von giftigem oder sonst gesundheitsschädlichem, z. B. infektiösem Gut von großer hygienischer Bedeutung im Hinblicke auf die Staub-, Vergiftungs- und Infektionsgefahr. Ein guter Sackverschluß muß nachfolgende Bedingungen erfüllen: 1. Er muß verläßlich schließen, nicht nachgeben (zug- und bruchfest sein und nicht einschneiden. 2. Er muß eine einfache, womöglich mechanische (maschinelle) mühelose Manipulation beim Verschließen gestatten. 3. Das Verschlußmittel sowie der Verschlußmechanismus müssen so beschaffen sein, daß eine Verletzung der Hände der damit manipulierenden Arbeiter nicht zustande kommen kann. Der die Handbinderei ersetzende Drahtsackverschluß von Karl Haver und Ed. Boecker in Oelde entspricht diesen Anforderungen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber neuere Karderieentstaubungsanlagen. Von Gewerberat Kern-M.-Gladbach. Konkordia; 1913, Nr. 18.

Vom hygienischen Standpunkt aus betrachtet, ist nicht zu verkennen, daß die Entstaubung der Karden mittels des Fängersystems gut wirkt und die Verbreitung des beim Ausstoßen des Kratzenbeschlages entstehenden Staubes wirksam hindert. Vom wirtschaftlichen Standpunkt aus muß ebenfalls anerkannt werden, daß die Reinigung der Kratzen mittels des Düsensystems (Wanderdüse) den Vorteil der Ersparnis von Zeit und Geld hat, selbst wenn die Einrichtungskosten höher sind und jede Woche einmal nachgestoßen werden muß.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Besprechungen.

Dr. jur. Brandis und **Dr. med. Prigge: Gewerbe- und landwirtschaftliche Unfall-Versicherung.** Handausgabe der Reichsversicherungsordnung mit den Ausführungsbestimmungen, Erläuterungen, Obergutachten und Verzeichnisse. Berlin-Lichterfelde 1914. Gesetzverlag von Schulze & Co. 8°. 540 S. Preis: geb. 9 M.

Das Buch gibt neben einer Textausgabe der Reichsversicherungsordnung, soweit sie die gewerbliche und landwirtschaftliche Unfallversicherung betrifft, eine kurze, aber erschöpfende Darstellung des geltenden Rechts auf Grundlage der Rechtsprechung und der Gesetzmaterialien, sowie unter Anführung der Quellen, wobei auch die Praxis des Reichsversicherungsamts und der drei Landesversicherungsämter im ersten Jahre der Geltung des neuen Rechts berücksichtigt ist. Da die obersten Spruchbehörden schon zu fast allen neuen Bestimmungen, soweit sie zu Zweifeln Anlaß bieten können, Stellung genommen haben, so ist die Zusammenstellung sicherlich geeignet, den mit der Anwendung des Gesetzes betrauten Stellen die Arbeit zu erleichtern und Fehlsprüchen vorzubeugen. Ausführlicher behandelt sind diejenigen Teile der Reichsversicherungsordnung, die mit dem Entschädigungsrecht im Zusammenhange stehen.

Das Buch enthält außerdem eine vom Kreisarzt Dr. Prigge-Wiesbaden bearbeitete Zusammenstellung von 146 Obergutachten, die vom Reichsversicherungsamt eingezogen und übersichtlich geordnet im Auszuge wiedergegeben

sind; sein Inhalt bietet demzufolge auch für beamtete und praktische Aerzte viel Beachtenswertes.

In einem Anhange sind die drei Verordnungen über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsbehörden, die sonstigen Ausführungsbestimmungen. auch das preußische und bayerische Ausführungsgesetz sowie Verzeichnisse der Oberversicherungsämter, der Berufsgenossenschaften, der Ausführungsbehörden, der Gemeinden, höheren Verwaltungs- und Ortspolizeibehörden mitgeteilt. Ein ausführliches Sachgerister erleichtert den praktischen Gebrauch des den Stoff erschöpfend behandelnden Buches, das daher allen, die sich über die neuen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung informieren wollen, empfohlen werden kann. Dr. Ritter-Minden.

Rich. Buhle: Invalidenversicherungspflicht nach der Reichsversicherungsordnung. Stuttgart 1913. Verlag von J. B. Metzler. Gr. 8°. 339 Seiten. Preis: geb. 3,50 M.

Das für Behörden und Beamte bestimmte Nachschlagewerk enthält eine gute Zusammenstellung der wichtigsten Gesetzesbestimmungen und Entscheidungen des Reichsversicherungsamts und anderer Behörden, soweit sie die Versicherungspflicht und die Selbstversicherung betreffen, nebst Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der versicherten Personen vom 26. April 1912. In einem besonderen Teil sind die einzelnen Berufe alphabetisch und besonders übersichtlich geordnet, wodurch die Orientierung außerordentlich erleichtert wird. Als Anhang sind die Bundesratsbeschlüsse über die Befreiung von der Versicherungspflicht und die Bestimmungen über die Quittungskartenausgabe für Württemberg beigefügt. Das Büchlein ist nicht bestimmt, bestehende Kommentare zu ersetzen, sondern soll nur einen raschen Ueberblick über bereits ergangene Entscheidungen ermöglichen. Dieser Zweck ist in geschickter Weise erreicht. Dr. Ritter-Minden.

Prof. Dr. A. Keller-Berlin und **Prof. Chr. Klemcker**-Frankfurt a. M.: **Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in den europäischen Staaten.** Mit 79 in den Text gedruckten Figuren. Berlin 1912. Verlag von Julius Springer. I. Bd., Gr. 8°, 1548 Seiten. Preis: geh. 62 M., geb. 67 M.

Von dem zum Gebrauch für Aerzte, Richter, Vormünder, Verwaltungsbeamte, Sozialpolitiker, Behörden, Verwaltungen und Vereine bestimmte Handbuch liegt der erste, den speziellen Teil umfassende Band vor. Er enthält zunächst eine Schilderung der sozialhygienischen Einrichtungen auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge und des Kinderschutzes in allen größeren europäischen Staaten, an die sich eine solche der sozial-rechtlichen Einrichtungen in diesen Staaten anschließt; den Schluß bildet eine Zusammenstellung der geltenden Gesetze und Verfügungen. Es ist hier zum ersten Male der Versuch gemacht, die betreffenden Einrichtungen jedes außerdeutschen Staates von einem einheimischen Mitarbeiter darstellen zu lassen und zwar unter möglichster Berücksichtigung des von dem Verfasser erstrebten Zieles, diese Einrichtung nicht nur in ihrem gegenwärtigen Stande zu schildern, sondern auch auf ihr geschichtliches Werden in Verbindung mit Armenwesen und Sozialpolitik einzugehen. Wir haben es hier demzufolge mit einem Werke zu tun, das uns einen vorzüglichen Ueberblick über die Entwicklung und Ausgestaltung der Säuglings- und Kinderfürsorge in den einzelnen Kulturstaaten gibt und dadurch besonders wertvoll ist, als es an Zuverlässigkeit und Vollständigkeit seines Gleichen sucht. Dies gilt namentlich auch betreffs der einschlägigen Gesetzgebung. Die beiden Verfasser, von denen Prof. Dr. Keller die sozialhygienische, Prof. Klemcker die sozialrechtliche bearbeitet hat, haben sich jedenfalls durch die Herausgabe des Werkes ein großes Verdienst erworben, das sicherlich von allen denjenigen, die sich amtlich oder nicht amtlich mit dem wichtigen Gebiete des Kinderschutzes beschäftigen, um so mehr anerkannt werden wird, je mehr sie aus seinem Studium Nutzen für ihre Tätigkeit ziehen. Das dürfte aber sicherlich in hohem Maße der Fall sein! Rpd.

Prof. Dr. Nietner-Berlin: **Deutsche Lungenheilanstalten in Wort und Bild.** Lex.-Format. 456 S. auf Kunstdruckpapier. Mit 429 Abbildungen, Grundrissen und Plänen. Halle a. S. Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung. Preis: geb. 18 M.

Prof. Dr. A. Keller-Berlin: **Heim- und Erholungsanstalten für Kinder in Deutschland in Wort und Bild.** Erster Band. Lex.-Format. 459 S. auf Kunstdruckpapier. Mit 426 Abbildungen, Grundrissen und Plänen. Ebenda. Preis: geb. 18 M.

Die beiden vorgenannten Werke bilden ein Teil der von der rühmlichst bekannten Carl Marholdschen Verlagsbuchhandlung herausgegebenen Sammlung: „Die Anstaltsfürsorge für körperlich, sittlich und wirtschaftlich Schwache im Deutschen Reiche in Wort und Bild". Sie gewähren eine vortreffliche Uebersicht über die hier in Betracht kommenden Anstalten, über die große Verschiedenartigkeit ihrer Einrichtungen und der Mannigfaltigkeit ihrer Formen; auch ihre Frequenz, die erzielten Heilerfolge und die Bau- und Verpflegungskosten sind vielfach berücksichtigt, so daß Behörden und Verwaltungen, Vereine und Einzelpersonen sowie namentlich Aerzte aus den beiden Werken sehr wertvolle Anregung und Belehrung für ihre Tätigkeit finden werden. Vor allem wird aber jeder eine große Freude und berechtigte Genugtuung über das bisher auf diesem Gebiete im Deutschen Reiche Geleistete empfinden. Um die in jeder Beziehung vornehme und würdige Ausstattung verdient der Verlagsbuchhandlung ein besonderer Dank! Rpd.

Kommunales Jahrbuch. Herausgegeben von Dr. H. Lindemann-Stuttgart, Bürgermeister Dr. Schwander-Straßburg i. Els., Dr. A. Südekum-Berlin. Sechster Jahrgang: 1913/14. Jena 1914. Verlag von G. Fischer. Gr. 8°, 852 S. Preis: geb. 19 M.

Verhältnismäßig früh erscheint in diesem Jahre das kommunale Jahrbuch, um eine gedrängte Zusammenstellung der im Jahre 1913/14 auf dem Gebiete der kommunalen Verwaltung im Deutschen Reiche erzielten Leistungen zu geben, die wiederum einen erfreulichen Beweis dafür bringt, in welchem großen Maße die Stadtverwaltungen bereit sind, die ihnen durch wissenschaftliche Forschungsergebnisse, durch Erörterungen in Versammlungen und Verwaltungskörperschaften, durch praktische Erfahrungen usw. gegebene Anregungen in die Tat umzusetzen und zum Wohle ihrer Gemeinden zu verwerten. Wenn auch ein Teil des vorliegenden Jahrbuches rein kommunale Fragen betrifft, so enthält es doch anderseits, namentlich in seiner ersten Hälfte, eine Anzahl zusammenfassender Schilderungen, z. B. über die Organisation des Gesundheitswesens, Städtereinigung, Fürsorge für die Ernährung, Badewesen, Apotheken, Bestattungswesen u. Leichenschau, Desinfektionswesen, Geschlechtskrankheiten, Hebammenwesen, Krankenhauswesen, Krüppelfürsorge, Rettungswesen, Säuglingsfürsorge, Tuberkulosebekämpfung, Städtebau und Wohnungswesen, Schulgesundheitspflege, Wasserversorgung usw., die auch die Leser dieser Zeitschrift in hohem Grade interessieren, zumal sich die Darstellung auch auf die einschlägige allgemeine Gesetzgebung und die sonst in dieser Hinsicht getroffenen Maßnahmen erstreckt. Rpd.

Prof. Dr. Dunbar, Direktor des staatlich hygienischen Instituts in Hamburg: **Leitfaden für die Abwasserreinigung.** Zweite Auflage. Mit 257 Abbildungen. München und Berlin 1912. Verlag von R. Oldenburg. Kl. 8°; 648 Seiten.

Mit einer gewissen Besorgnis hat Verfasser die erste Auflage seines „rechten Sorgenkindes", wie er es in seinem damaligen Vorworte nennt, in die Welt hinausziehen lassen; die außerordentlich günstige Aufnahme, die der Leitfaden sowohl bei den Technikern, als bei den Verwaltungsbehörden und namentlich bei den Hygienikern und Gesundheitsbeamten gefunden hat, wird ihn aber inzwischen überzeugt haben, wie unberechtigt damals seine Besorgnis gewesen ist. Das Buch hat seinen Hauptzweck, den Beteiligten die Möglichkeit zu geben, „sich auch ohne große Vorkenntnisse durch die komplizierte Materie der Abwasserbeseitigung und Flußverunreinigung richtig herauszufinden" in vollem Umfange erfüllt und wird diesem Zweck in seiner neuen, vorzüglich

ausgestatteten Auflage, die unter Beibehaltung der bewährten Einteilung des Stoffes eine den Fortschritten der Wissenschaft und der Praxis entsprechende Umarbeitung und wesentliche Erweiterung (von 386 auf 643 S.) erfahren hat, noch in erhöhtem Maße erfüllen und sich demzufolge zu den zahlreichen alten Freunden noch recht viele neue hinzugewinnen. Rpd..

Dr. O. Anselmino: Apotheken - Betriebsordnungen. Berlin 1912. R. v. Deckers Verlag. Lex.-Form. 498 S. Preis: geb. 6 M.

Eine mit Fleiß und Verständnis zusammengestellte Sammlung der im Deutschen Reich (einschließlich der Schutzgebiete) wie in den einzelnen Bundesstaaten geltenden gesetzlichen Bestimmungen über Einrichtung, Betrieb und Personal der Apotheken, ärztlichen (einschließlich homöopathischen und tierärztlichen) Hausapotheken, die sich aber nicht auf die Betriebsordnungen allein beschränkt, sondern auch die im Zusammenhang damit stehenden sonstigen Vorschriften bringt. Sie ermöglicht demzufolge einen Ueberblick über die bestehenden Verhältnisse, die danach gar nicht so verschieden sind, wie von den Gegnern einer „Deutschen Apotheken-Betriebsordnung" vielfach behauptet wird. Hoffentlich trägt die vorliegende Sammlung dazu bei, an die Ausarbeitung einer solchen endlich heranzugehen; sie ist durch die Zusammenstellung des Verfassers derartig erleichtert, daß sie von sachkundiger Hand in verhältnismäßig kurzer Zeit fertiggestellt werden könnte. Nach den Erfahrungen, die man allerdings bisher mit der seit Jahrzehnten beabsichtigten Apothekenreform gemacht hat, darf man jedoch in dieser Hinsicht seine Hoffnungen nicht zu hoch spannen! Rpd.

Tagesnachrichten.

Die am 21. April d. J. abgehaltene **XXX. Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins** war ebenso wie im Vorjahre sehr stark besucht. Im Auftrage des Herrn Ministers wurde die Versammlung vom Herrn Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner in herzlicher Weise begrüßt; er gedachte hierbei mit warmen Worten des Dankes und der Anerkennung des durch seine Ernennung zum Statthalter der Reichslande aus seinem bisherigen Amte scheidenden Ministers des Innern, Dr. v. Dallwitz, unter dessen Leitung das preußische Medizinalwesen, seitdem es dem Ministerium des Innern überwiesen sei, auf allen Gebieten eine wesentliche Förderung erfahren habe. Sein Name werde deshalb in der Geschichte der Medizinalverwaltung unvergessen bleiben.

Der Vorsitzende, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, betonte in seiner Antwort ebenfalls die großen Verdienste des Herrn Ministers um die Entwicklung des preußischen Gesundheitswesens; die Befürchtungen, die seiner Zeit beim Uebergang der Medizinalverwaltuug auf das Ministerium des Innern von vielen Seiten gehegt seien, wären nicht nur nicht eingetreten, sondern man habe in dieser Hinsicht eine erfreuliche Enttäuschung erlebt, Dank des großen Interesses und Verständnisses, das der Herr Minister allen gesundheitlichen Fragen entgegengebracht habe und wofür ihm namentlich die Medizinalbeamten außerordentlich dankbar seien. Zum Zeichen dieses Dankes und zur Anerkennung dieser hohen Verdienste erheben sich die Anwesenden von ihren Plätzen. Der Verlauf der Versammlung war ein in jeder Hinsicht befriedigender, dies gilt nicht bloß betreffs der Verhandlungen und deren Ergebnisse, als auch in bezug auf den geselligen Teil am Begrüßungsabend und Festessen.

Der offizielle Bericht darüber wird diesmal schneller als im Vorjahre erscheinen können, da bereits alles Material darüber vorliegt. Schon jetzt sei jedoch bemerkt, daß die Ausführungen des Herrn Ministerialdirektors Dr. **Kirchner** in der Diskussion zu dem Vortrag von Dr. Kluge: „Beamteter Arzt und praktischer Arzt" von neuem den Beweis brachten, daß die Wünsche der Medizinalbeamten an maßgebender Stelle tunlichst berücksichtigt werden und daß namentlich in bezug auf die Umwandlung der nicht vollbesoldeten Kreisarztstellen in vollbesoldete künftighin ein schnelleres **Tempo zu erwarten steht**, besonders wenn die Kreisärzte selbst dieser Umwandlung keinen Widerstand entgegensetzen.

Im Reichstage hat am 28. und 29. v. M. die Beratung über die zahlreichen zum **Impfgesetz** aus den Kreisen der Impfgegner eingegangenen

Petitionen stattgefunden, die Tatsache, daß die Beratung fast zwei volle Sitzungen in Anspruch genommen hat, zeigt am besten, daß die Bemühungen der Impfgegner, das Interesse des Reichstages für die Impffrage wach zu rufen, nicht ohne Erfolg geblieben sind. Erfreulicherweise hat jedoch der Reichstag dank der vorzüglichen und überzeugenden Ausführungen des Ministerialdirektors Prof. Dr. Kirchner und des Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes Dr. Bumm den weitgehenden Forderungen auf Einführung der Gewissensklausel, Entschädigung bei Impfschäden, Unterlassung zwangsweiser Anwendung des Impfgesetzes und Einsetzung einer paritätisch aus Impffreunden und Impfgegnern zusammengesetzten Kommission nicht Rechnung getragen, sondern hat unter Ablehnung des weitergehenden Antrages der Petitionskommission, wonach alle Petitionen dem Reichskanzler zur Berücksichtigung überwiesen werden sollten, nur diejenige auf Einsetzung einer Kommission zur Prüfung der rechtlichen und wissenschaftlichen Grundlagen zur Berücksichtigung empfohlen. Wir werden auf diese Verhandlungen, die namentlich für die Medizinalbeamten von großem Interesse sind, in der nächsten Nummer der Zeitschrift an der Hand des z. Z. noch nicht vorliegenden stenographischen Berichts zurückkommen und diese im Auszug bringen.

In **Berlin** wird jetzt von dem Magistrat die Errichtung eines **städtischen Medizinalamtes** unter dem Vorsitz des Stadtmedizinalrates geplant. Die bisherige Deputation des städtischen Untersuchungsamtes für hygienische und gewerbliche Zwecke soll künftighin durch 4 Mitglieder verstärkt und ihr beide Aemter — Medizinalamt und Untersuchungsamt — unterstellt werden; sie soll deshalb auch die Bezeichnung „Deputation für das städtische Untersuchungs- und Medizinalamt" erhalten. Dem Medizinalamt sollen 2 Assistenten beigegeben werden, für die ein Gehalt von 7000--9000 Mark vorgesehen ist; eigentliche Verwaltungsgeschäfte sollen ihm nicht übertragen werden, sondern diese den verschiedenen Deputationen (z. B. für Krankenhäuser, für Irrenpflege usw.) verbleiben.

Württembergischer Medizinalbeamtenverein. Die diesjährige Jahresversammlung des Medizinalbeamtenvereins wird, um den Mitgliedern Gelegenheit zu geben, hierbei gleichzeitig auch die Stuttgarter hygienische Ausstellung in vollkommen fertigem Zustand ansehen zu können, voraussichtlich erst Mitte Juni abgehalten werden. — Den Hauptgegenstand der Tagesordnung wird eine Besprechung der Erfahrungen bilden, die im Laufe des letzten Jahres mit dem Oberamtsarztgesetz gemacht worden sind. Als Referenten sind hierfür die Oberamtsärzte Med.-Rat Dr. Maisch-Oehringen und Dr. Gnant-Ellwangen bestellt; der erstere wird in seinem Referat die Erfahrungen der vollbesoldeten, der letztere die der nicht vollbesoldeten Oberamtssärzte besprechen.

Die Mitglieder werden gebeten, etwaige Mitteilungen und Wünsche den beiden genannten Referenten zu übermitteln.

Als weiterer Gegenstand der Tagesordnung wird dann noch der in der 8. Jahresversammlung des Medizinalbeamtenvereins vom Jahre 1911 schon beratene Entwurf einer neuen Gebührenordnung für amtliche Verrichtungen zu einer nochmaligen kurzen Besprechung kommen.

An der **Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin** findet auch in diesem Jahre vom 6.—17. Juli ein **Kursus der sozialen Medizin, Unfallheilkunde und Invalidenbegutachtung** statt unter Mitwirkung der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz. Am Kursus beteiligt sind sämtliche Dozenten der Akademie.

Das Deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen plant im Juni d. J. eine **ärztliche Studienreise** nach den Vogesen, sowie nach den bayerischen und den im Taunus gelegenen Bädern. Die Reise soll am Sonntag, den 14. Juni d. J. in Straßburg beginnen und am 27. Juni in Bad Nauheim enden. Zum Besuch sind u. a. in Aussicht genommen: Hohkönigsburg, Rappoltsweiler, Schlucht, Hoback, Freiburg i. Br., Rothenburg a. T., Mergentheim, Kissingen, Brückenau, Wiesbaden, Schlangenbad,

Homburg, Nauheim. Nähere Auskunft erteilt San.-Rat Dr. A. Oliven, Berlin W, Potsdamerstraße Nr. 134. Preis der ganzen Reise: 225 Mark.

Am 27. v. M. fand im Sitzungssaale des preußischen Herrenhauses in Berlin anläßlich des 50jährigen Bestehens der Genfer Konvention die **Jahresversammlung des Zentralvorstandes des Volksheilstättenvereins vom Roten Kreuz** unter dem Vorsitz des Staatsministers v. Möller statt. Als erster Berichterstatter sprach Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner über die Erziehung der Frau zur antituberkulösen Tätigkeit, die sowohl im Haushalt, als in der Krankenpflege dringend nötig sei. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bier hielt dann einen Vortrag über die Sonnenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose, die bei geschickter Auswahl der Fälle die besten Erfolge verspreche. An Stelle des verhinderten Stadtmedizinalrats Geh. Reg.-Rats Dr. Weber-Berlin erörterte hierauf San.-Rat Dr. Gottstein, Stadtrat in Charlottenburg, die Frage: Gemeinde und Tuberkulose; er betonte hierbei die große wirtschaftliche Belastung der Gemeinden durch die Tuberkulose, bei deren Bekämpfung die Wohnungsfrage eine wichtige Rolle spiele. Pflicht der Gemeinden sei es, für die Unterbringung der Tuberkulösen in Heilstätten und Sonderkrankenhäuser zu sorgen und für die Wiederarbeitsfähigen einen Arbeitsnachweis zu schaffen.

Die diesjährige **Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder, e. V.,** findet am 20. Mai 1914 in Bernburg statt.

Tagesordnung:

Dienstag, den 19. Mai, abends 7½ bis 8 Uhr: Besichtigung des Solbades und Kurhauses; abends 8 Uhr: Geselliges Beisammensein mit Damen im Festsaal des Kurhauses mit Gesangsvorträgen und Lichtbildern.

Mittwoch, den 20. Mai, vorm. 8½ Uhr: Spaziergang an der Saale in den städtischen Waldungen. Blick auf das Schloß. 10 Uhr: Vorträge. 1. Einige Erfahrungen aus Brausebädern im Dorfe: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Gumprecht in Weimar. 2. Ueber Luft-, Licht- und Sonnenbäder bei Gesunden und Kranken: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ad. Schmidt, Direktor der medizinischen Klinik in Halle a. S. 3. Ueber die Bedeutung des regelmäßigen Badens für die Entwicklung der Heranwachsenden: Stadtarzt Prof. Dr. v. Drigalski in Halle a. S. 4. Die Wirkungen des Schwimmens auf den gesunden Menschen: Prof. Dr. Mohr in Halle a. S. 5. Wirkung der Sol- und Moorbäder als Behandlung und Nachbehandlung chirurgischer Krankheiten: Dr. Albrecht, Spezialarzt für Chirurgie und Orthopädie in Bernburg. 6. Ueber das Spandauer Hallenschwimmbad: Stadtbauinspektor Legart in Spandau. — Abends 8½ Uhr: Schloßbeleuchtung. Versammlung an der Langeschen Papierfabrik an der Saale. 9 Uhr: Gemeinsames Abendessen im Kurhause (4 Mark für das trockene Gedeck). Anzug: Ueberrock. Teilnahme der Damen sehr erwünscht.

Donnerstag, den 21. Mai (Himmelfahrtstag), vorm. 8 bis 9 Uhr: Besichtigung der Stadt, des Schlosses, der Schloßterrasse, des Bärenzwingers. Treffpunkt: Karlsplatz am Bismarckdenkmal; um 9½ Uhr: Fahrt nach dem Harz (Thale).

Die **II. Krippenkonferenz und Mitgliederversammlung des Deutschen Krippenverbandes** findet am 19. und 20. Mai d. J. in Leipzig in der alten Handelsbörse am Naschmarkt statt.

Tagesordnung:

Dienstag, den 19. Mai 1914, 5 Uhr nachmittags: Sitzung des Großen Ausschusses im Neuen Rathaus, Zimmer Nr. 314, Hauptgeschoß. — Abends 8 Uhr: Begrüßung der Teilnehmer im Hauptrestaurant der Internationalen Ausstellung für Buchgewerbe und Graphik Leipzig 1914.

Mittwoch, den 20. Mai 1914, vormittags 10 Uhr: Eröffnung der Krippenkonferenz und Begrüßungsansprachen. — 1. Die Bedeutung der Krippen für die Versorgung und das Schicksal der Kinder außerhäuslich erwerbstätiger Mütter. Berichterstatter: Oberarzt Dr. Rott-Berlin. — 2. Die Aufgaben der Frau in der Krippe. Berichterstatterin: Frau Olga Gumpf-Frankfurt a. M.

Nach Schluß der Verhandlungen: Nachmittags etwa 2 Uhr: Mittagessen in Auerbachs Keller, Grimmaischestraße (Mädler-Passage) und hierauf (gegen

3 Uhr) Besichtigung der drei Leipziger Krippen und des Kinderheims in Leipzig-Connewitz.

Die XVI. Mitglieder-Versammlung des Deutschen Vereins für Volkshygiene findet vom 22. bis 24. Mai d. J. in Würzburg statt.

Donnerstag, den 21. Mai, abends 8 Uhr: Zwangloses geselliges Beisammensein mit Damen zur gegenseitigen Begrüßung im Bahnhofs-Hotel am Haugerring 21 (nahe dem Bahnhof).

Freitag, den 22. Mai, vormittags 9½ Uhr: Festsitzung, öffentliche Tagung im Huttenschen Garten (Virchowstraße 2). 1. Ansprachen. 2. Vorträge: a) Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Loeffler-Berlin: „Die Schutzstoffe des Blutes" und b) Prof. Dr. Lehmann-Würzburg: „Gifte im Hause". — Nachmittags 3 Uhr: Besichtigungen (auch für Nichtmitglieder). — Nachmittags 4 Uhr: Sitzung des Beirates im Huttenschen Garten. — Abends 7½ Uhr: Gemeinsames Festessen.

Sonnabend, den 23. Mai, vormittags 9½ Uhr: Geschäftssitzung für die Mitglieder und des Hauptvorstandes im Huttenschen Garten. — Nachmittags 4 Uhr: Besichtigungen. — Abends 8½ Uhr: Oeffentlicher Vortrag im Huttenschen Garten von Geh. Med.-Rat Dr. Krohne-Berlin: „Die Gefahren des Geburtenrückganges vom volkshygienischen, sittlichen und nationalen Standpunkt."

Sonntag, den 24. Mai: Ausflug nach Rothenburg a. d. Tauber.

Pest. In Rußland sind im Uralgebiet vom 15.—26. März 16 Personen an der Pest erkrankt und 15 gestorben, in Aegypten vom 21. März bis 15. April: 4 (1), in Britisch-Ostindien in den beiden Wochen vom 8.—21. März: 15805 (13168) und 20724 (17453), in Niederländisch-Indien vom 11.—24. März und vom 25. März bis 7. April: 522 (462) und 511 (454), in Ceylon (Colombo) vom 21. Februar bis 18. März: 45 (35), in Hongkong (Viktoria) vom 1.—14. März: 67 (53), auf den Philippinen (Manila) vom 1.—21. Febr.: 8 (7), in Mauritius vom 30. Januar bis 5 März: 23 (1), in Chile im Februar: 11 (6), in Peru im Jahre 1913 zusammen: 869 (459).

Cholera. In Konstantinopel sind vom 29. März bis 4. April wieder 2 Todesfälle gemeldet, in Britisch-Ostindien vom 8.—21. Februar 26 Todesfälle, in Straits-Settlements sollen im Staate Ketah bis Ende Dezember etwa 2000 Erkrankungen und 1200 Todesfälle und in der Provinz Wellesley 147 (100) vorgekommen sein; in Hongkong vom 15.—21. März: 5 (3), auf den Philippinen (Manila) vom 1.—21. Februar: 11 (6).

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 29. März bis 11. April 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rückfallfieber, Fleckfieber, Aussatz, Tollwut, Rotz: — (—), — (—); Pocken: 1 (—), 1 (—); Milzbrand: 3 (1), 2 (—), Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 6 (—), — (—); Unterleibstyphus: 113 (14), 116 (15); Ruhr: 18 (1), 7 (1); Diphtherie: 1567 (109), 1391 (91); Scharlach: 1435 (70), 1236 (55); Kindbettfieber: 129 (36), 100 (28); Genickstarre: 5 (1), 8 (6); spinaler Kinderlähmung: 2 (1), 2 (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 2 (—), 3 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 359, 191; Tuberkulose (gestorben): 852, 788.

Spenden für das Hebammen-Alters- und Erholungsheim in Thale am Harz: Dr. von Alvensleben, Direktor der Landesfrauenklinik in Magdeburg: 600 M., Kreisarzt Med.-Rat Dr. von Ingersleben-Quedlinburg: 20 M. Jahresbeitrag, Kreisarzt Dr. Opitz-Peine: 10 M., Kreisarzt Dr. Dohrn-Hannover: 10 M., Kreisarzt Med.-Rat Dr. Brumund: 20 M. Jahresbeitrag, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund-Minden: 10 M. Weitere Beiträge nimmt der Unterzeichnete gern entgegen.

Dr. Brumund, Kreis- und Stadtarzt, Magdeburg, Rathaus.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 10. Ausgegeben am 20. Mai 1914.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch
J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 10
und Beilage: Berichte aus Versammlungen II.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem Prof. Dr. Hertel, Direktor der Universitäts-Augenklinik in Straßburg i. Els.; — der Charakter als Medizinalrat: den Kreisärzten Prof. Dr. Meder in Cöln, Dr. Helwes in Diepholz und Dr. Schaus in Weilburg sowie den mit kreisärztlichen Funktionen beauftragten Stadtarzt Dr. Bitter in Osnabrück; — der Charakter als Geheimer Sanitätsrat: den Sanitätsräten Dr. Gerh. Berthold in Ronsdorf, Dr. Bial in Striegau, Dr. Rich. Bourwieg in Berlin, Dr. Alb. Dahmann in Elberfeld, Dr. Karl Didolff in Düren, Dr. Engel in Friedland i. Schl., Dr. Finger in Nörten, Dr. Hahn in Königs-Wusterhausen, Dr. Hermes in Oschersleben, Dr. Huth in Stendal, Dr. Menne in Zehden N.-M., Dr. Metzmacher in Monheim, Dr. Michaeli in Schwiebus, Dr. Ernst Müller in Hildesheim, Dr. Heinr. Müller in Halberstadt, Dr. Karl Niclou in Frankfurt a. O., Dr. Poetschki in Schönsee (Westpr.), Dr. van Roßum in Kleve, Dr. Anton Schmitz in Dortmund, Dr. Sieckel in Bleicherode, Dr. Louis Streisand in Berlin, Dr. Strube in Laskowitz i. Schl., Dr. Karl Zeh in Hanau, Prof. Dr. Franz Engel-Bey in Kairo; — als Sanitätsrat: den Aerzten Dr.

Simon Adler in Berlin-Pankow, Dr. Ernst Asch in Frankfurt a. M., Dr. Martin Backhaus in Asunción (Paraguay), Dr. Baentsch in Brebach, Dr. Gerh. Bakker in Emden, Dr. Barbrock in Westenfeld, Dr. Karl Bardorff in Frankfurt a. M., Dr. Ad. Bernstein in Oschersleben, Dr. Felix Blumenfeld in Wiesbaden, Dr. Paul Bohnstedt in Berlin-Schöneberg, Dr. Julius Boldt in Altona, Dr. Emil Bormann in Stettin, Dr. Bremer in Beverungen, Dr. Brüning in Paderborn, Dr. Bruski in Karthaus (Westpr.), Dr. Arthur Déus in Berlin, Dr. Rich. Dönhoff in Solingen, Dr. Karl Eickenbusch in Hamm, Dr. Alfred Engelhard in Berlin, Dr. Wilh. Falckenberg in Berlin-Lichtenberg, Oberarzt an der städtischen Irrenanstalt Herzberge, Dr. Theod. Feldhaus in Düsseldorf, Dr. Bernh. Fervers in Mülheim (Reg.-Bez. Koblenz), Dr. Felix Finder in Breslau, Dr. Walter Furthmann in Altona, Dr. Karl Gerson in Zehlendorf, Dr. Gerwin in Grenzhausen, Dr. Gustav Hartmann in Danzig, Dr. Josef Heermann in Essen (Ruhr), Dr. Heinelt in Dittersbach i. Schl., Dr. Hennewig in Mayen, Dr. Ludwig Herzog in Berlin-Schöneberg, Dr. Aug. Hnneke in Düsseldorf, Dr. Kabelitz in Barby, Dr. Emil Kindt in Greifswald, Dr. Louis Kleffmann in Dortmund, Dr. Knoche in Hüsten, Dr. Knörr, Direktor der Landesirrenanstalt in Teupitz, Dr. Friedr. Koch in Berlin, Dr. Karl Königsdorf in Berlin, Dr. Kuczora in Gleiwitz, Dr. Laaser in Eilenburg, Dr. Lammers in Heide, Dr. Reinh. Ledermann in Berlin, Dr. Vikt. Lehmann in Schlachtensee, Dr. Liebenam in Burg b. M., Dr. Loew in Thale a. H., Dr. Lorenz in Münsterberg i. Schl., Dr. Joh. Lubinus in Kiel, Dr. Wilh. Lüsebrink, Direktor der Provinzial-Hebammenlehranstalt in Bochum, Dr. Mahler in Breklum, Dr. Marcus in Iserlohn, Dr. Isid. Meyer in Greifenhagen, Dr. Meyhöffer in Luckau, Dr. Monse in Olbersdorf i. Schl., Dr. Moses in Warmbrunn i. Schl., Dr. Otto Müller in Mettmann, Dr. Vikt. Mysliwiec in Breslau, Dr. Ernst Niermann in Crefeld, Dr. Josef Noethen in Koblenz, Dr. Pandt in Finsterwalde, Dr. Pietsch in Praust, Dr. Quos in Camp, Dr. Adolf Riebeth, Direktor der Landesirrenanstalt in Landsberg a. W., Dr. Riemann in Pforta, Dr. Heinr. Robbers in Gelsenkirchen, Dr. Andr. Friedr. Robert in Kiel, Dr. Otto Rudolph in Magdeburg, Dr. Schartau in Stendal, D. Schloeßer in Hochstüblau, Dr. Fr. Schmielau in Spandau, Dr. Andr. Schmitz in Aachen

Dr. Schröder in Pasewalk, Dr. Schütt in Segeberg, Dr. Schütze in Bad Kösen, Dr. Semer in Menglinghausen, Dr. Seidler in Guben, Dr. Siebert in Carlshafen, Dr. Leo Silberstein in Berlin-Schöneberg, Dr. Ed. Stein in Recklinghausen, Dr. Stepetat in Kreuznach, Dr. Stern in Fulda, Dr. Heinr. Strohe in Cöln a. Rh., Dr. Fritz Theodor in Königsberg i. Pr., Dr. Tillmann in Emden, Dr. Vagedes in Blumenthal (Reg.-Bez. Aachen), Dr. Eugen Voswinkel in Berlin-Schöneberg, Dr. Weischer in Hamm i. W., Dr. Wens in Bad Nauheim, Dr. Wesenberg in Beyenburg, Dr. Wickel in Dirschau, Dr. Viktor Winckler in Breslau, Dr. Paul Wirz in Barmen, Dr. Isidor Wolff in Danzig, Dr. Ad. Wollenberg in Königsberg i. Pr., Dr. Zilleßen in Völklingen, Dr. Rob. Zilleßen in Düsseldorf, Dr. O. Zimmermann in Barmen; — das Prädikat als Professor: dem Privatdozent Dr. Paul Fränckel, erster Assistent an der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde in Berlin, dem prakt. Arzt Dr. Fränkel in Badenweiler, dem Frauenarzt Dr. v. Oettingen in Berlin-Wilmersdorf, dem Privatdozent Dr. Adloff in Greifswald; — der Rote Adlerorden IV. Klase: dem Oberstabs- und Reg.-Arzt a. D. Dr. Helm, bisher in Bromberg und dem Geh. San.-Rat Dr. Baer in Hirschberg i. Schles.; — der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Straßmann, Direktor des Instituts für Staatsarzneikunde in Berlin.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Komturkreuzes IV. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schmidt in Halle a. Saale; — des Kaiserlich Russischen St. Annenordens II. Klasse: dem Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Waldeyer in Berlin.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Wern in Stade zum Kreisarzt in Büren, Kreisassistenzarzt Dr. Lorenz in Gelsenkirchen zum Kreizarzt in

Nimptsch, der prakt. Arzt Dr. Schloßberger in Marburg zum Abteilungsvorsteher am Institut für Hygiene und experimentelle Therapie der dortigen Universität; die bisherigen außerordentlichen Mitglieder der Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin Prof. Dr. Joh. Müller, Prof. Dr. Oertel und Prof. Dr. K. Stein zu ordentlichen Mitgliedern dieser Akademie.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Loer in Büren i. Westf. nach Paderborn, Kreisarzt Dr. Dudo in Nimptsch nach Ilfeld.

Gestorben: Die Geh. San.-Räte Dr. A. Wagner und Dr. Wallenberg in Berlin, Generalober- und Divisionsarzt Dr. Vahrenhorst in Münster i. Westf., San.-Rat Dr. Lange in Herford, Dr. Otto Hermann in Berlin-Niederschönhausen, San.-Rat Dr. Bardeleben in Bochum, Kreisarzt a. D. Med.-Rat Dr. Hassenstein in Kreuznach, Geh. Med.-Rat Dr. Lambert, Kreisarzt a. D. in Melsungen, Dr. Haag in Cöln a. Rh., Geh. San.-Rat Dr. Müller in Halberstadt, Dr. Belau in Bajohren (Reg.-Bez. Königsberg),

---

Der heutigen Nummer unseres Blattes liegt ein Prospekt der Verlagsbuchhandlung **C. L. Hirschfeld, Leipzig,** über das soeben erschienene, neuste Werk des Herausgebers unserer Zeitschrift **„Rapmund, Oeffentl. Gesundheitswesen, Besonderer Teil“** bei, auf den wir nicht verfehlen möchten, unsere Leser ganz besonders aufmerksam zu machen.

---

27. Jahrg. Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE 1914.

Dr. H. Höppner in Alt-Kischau (Westpreußen), Dr. G. Werner in Mühlhausen i. Thür., San.-Rat Dr. Tassius in Frankfurt a. M., Dr. A. Göhring in Gladenbach (Reg.-Bez. Wiesbaden), Dr. Fluck in Camberg (Reg.-Bez. Wiesbaden), San.-Rat Dr. Herzfeld in Aschersleben, Dr. Grobelny in Görssen (Reg.-Bez. Posen), Dr. Matuszewski in Miloslaw (Reg.-Bez. Posen), Dr. Roß in Kranenburg (Reg.-Bez. Düsseldorf), Geh. San.-Rat Dr. Aenstoots in Duisburg-Ruhrort.

Königreich Bayern.

Ernannt: Landgerichtsarzt Prof. Dr. Merkel in München zum Suppleanten des Medizinalkomitees an der Universität München, Landgerichtsarzt Dr. Schwink in Ansbach zum Regierungs- und Medizinalrat bei der Königl. Regierung in Bayreuth.

Versetzt: Reg.- u. Med.-Rat Dr. Obermayer in Bayreuth in gleicher Eigenschaft an die Königl. Regierung in Augsburg.

Gestorben: Reg.- u. Med.-Rat Dr. Utz in Augsburg, Med.-Rat Dr. Goetz, Bezirksarzt a. D. in Nördlingen, Dr. Ostermayr in Ingolstadt, Stabsarzt a. D. Dr. Lang in Hochspeyer.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Ritterkreuz I. Klasse des Albrechtsordens: dem San.-Rat Dr. Birkner in Frankenberg.

Ernannt: Bezirksassistenzarzt Dr. Eichhorn in Chemnitz zum Bezirksarzt in Glauchau.

Königreich Württemberg.

Die Erlaubnis erteilt zur Anlegung des Komturkreuzes des Großherzoglich Sächsischen Hausordens der Wachsamkeit oder vom weißen Falken: dem ordentlichen Prof. Dr. v. Froriep in Tübingen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Ritterkreuz der Württembergischen Krone: dem Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Faißt in Ludwigsburg, dem Oberstabsarzt z. D. Dr. Beck in Stuttgart und Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Schuon in Ulm.

Gestorben: Dr. Alfred Mildenberger in Eßlingen, Dr. Huber in Leutkirch, Dr. Fritz Wagenhäuser in Tübingen.

Grossherzogtum Baden.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Stoser, Bezirksarzt in Kehl.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Dr. Durlach in Gandersheim (Braunschweig), Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Meusel in Gotha, Dr. Babbe in Hamburg, Oberarzt Dr. Schulz in Hagenau i. Els.

Erledigte Stellen.

Bezirksarztstelle des Medizinalbezirks **Auerbach** kommt vom 1. Juli d. J. ab zur Erledigung.

verwandt. Andere Berichte ...

Punkte, daß ihre nähere Beleuchtung wohl angebracht erscheint.

So meldete ein Distrikt, daß das Mittel in der Menge von 50 g. als Zusatz zum Tapetenkleister verbraucht wäre. Ein

27. Jahrg. | Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE. | 1914.

Zentralblatt
für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Nr. 10. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. Mai.

Gesundheitsschädliche Verwendung von Schweinfurter Grün als Ungeziefermittel, besonders als Zusatz zum Tapetenkleister.

Von Dr. **Seyffarth**, Kreisassistenzarzt in Königsberg i. Pr.

Bei der Durchsicht der Giftbücher in den Drogenhandlungen fiel mir die reichliche Abgabe von Schweinfurter Grün als Ungeziefervertilgungsmittel auf. Bei Nachforschung nach der Art der Verwendung teilten mir einzelne Drogisten mit, daß nach ihren Erfahrungen die Farbe sehr gerne dem Tapetenkleister zugesetzt werde. Um genauere Angaben zu erhalten, erbat ich durch Bericht an den Herrn Polizei-Präsidenten Erhebungen über den Verbrauch des in den letzten 6 Wochen verausgabten Grüns. Einzelne der daraufhin von den Polizeidistrikten abgestatteten Meldungen waren für meine Zwecke zu allgemein gehalten, da sie ohne näheres Eingehen auf die Verbrauchsart nur angaben, das Mittel wäre zur Ungeziefervertilgung verwandt. Andere Berichte enthielten aber so interessante Punkte, daß ihre nähere Beleuchtung wohl angebracht erscheint.

So meldete ein Distrikt, daß das Mittel in der Menge von 50 g. als Zusatz zum Tapetenkleister verbraucht wäre. Ein

anderer gab an, daß die Farbe in die Fugen des Herdes und in diejenigen zwischen Wänden und Stubenleisten mittels Verstäubers eingeblasen werde, ein weiterer, daß sie auf den Fußboden verstäubt werde. Ferner wurde das Grün nach Verreibung mit Spiritus in die Ritzen der Kochherde und der Oefen, sowie an die Durchbruchstellen der Wasserleitungen geschmiert. Schließlich wurde es auch zur Rattenvertilgung verbraucht; nähere Angaben fehlten hier. Anschließend an die Verwendung als Rattengift will ich gleich anführen, daß in den letzten Monaten wahrscheinlich Benutzung arsenhaltigen Rattengiftes die Ursache des Todes eines Kindes aus der Provinz gewesen ist. Bei der im hiesigen agrikultur-chemischen Institut vorgenommenen Untersuchung der Leichenteile konnte reichlich Arsen gewonnen werden. Die Einführung des Giftes war dadurch zustande gekommen, daß das Kind, dessen Mutter Abfälle sammelte, in dem Sammelgefäß herumgewühlt und „Kuchenkrümel" gegessen hatte.

Um mir nun ein Bild davon machen zu können, wie groß bei den Verbrauchern die Gefährdung der Gesundheit durch die verschiedenen Verwendungsarten ist, stellte ich einige Untersuchungen an. Zunächst entnahm ich an einer Stelle ein Stück einer Tapete, deren Kleister zur Wanzenvertilgung Schweinfurter Grün zugesetzt war. Bei der Untersuchung, die ich mit gütiger Erlaubnis des Herrn Geheimrats Stutzer im agrikulturchemischen Institut unter Beihilfe seines Assistenten, Herrn Dr. Goy, vornahm, lag die Tapezierung etwa 10—12 Wochen zurück. Es wurde zunächst mit der sehr rasch ausführbaren Gutzeitschen Probe reichliche Entwicklung von Arsenwasserstoff festgestellt.[1])

Zur quantitativen Untersuchung wurde dann die von Rupp im Archiv für Pharmazie 1912 beschriebene Methode gewählt, die zwar nicht, wie die Marshsche Methode, das Arsen stofflich darzustellen vermag und deshalb zu Gerichtszwecken nicht brauchbar ist, aber den Vorteil hat, daß sie nicht wie diese mehrere Tage, sondern infolge der rascheren Vorbereitung des Untersuchungsmaterials nur Stunden in Anspruch nimmt.[2])

Untersucht wurden 35 qcm Tapete = 2,4 g Masse. Diese hatten einen Jodverbrauch von 0,31 $^1/_{10}$ Normal-Jod, was 0,00153 g As_2O_3 entspricht. Bei Umrechnung auf die ungefähr 50 qm betragende Tapetenfläche würden danach 23 g As_2O_3 = 36 g Schweinfurter Grün als noch vorhanden anzusehen sein. Dies ist natürlich keine genaue Zahl, weil dazu viel mehr Proben hätten gemacht werden müssen; sie nähert sich aber dem ohne

[1]) Bei dieser Probe wird das zu untersuchende Material mit reinem Zink und Schwefelsäure zusammen in ein Gläschen gebracht. Der entstehende Wasserstoff färbt bei Anwesenheit von Arsen ein aufgelegtes, mit Silbernitratlösung von 1 : 1 befeuchtetes Stück Filtrierpapier nach Stehen im Dunkeln zitronengelb.

[2]) Bei ihr wird der zu untersuchende Stoff mit Soda und Salpeter zerstört, mit Schwefelsäure abgeraucht, mit Kochsalz und Ferro-Sulfat destilliert, in Natrium-Karbonat aufgefangen und mit $^1/_{10}$ Normal-Jod titriert.

Rücksicht auf die Größe des Zimmers durchschnittlichen Verbrauch von 50 g Schweinfurter Grün. Im übrigen sollte ja auch nur nachgewiesen werden, daß tatsächlich Arsen dem Kleister zugesetzt und noch in größeren Mengen nachweislich sei.

Ist hierbei nun wie beim Gebrauch von arsenhaltigen Tapetenfarben eine Gesundheitsschädigung zu befürchten?

Bei den nachgewiesenen Gefährdungen durch arsenhaltige Tapeten, auf die Gmelin 1839 zuerst aufmerksam machte, wurden zunächst Abstäuben und Einatmung von lose aufgetragenen Farbteilchen als Ursache angesehen. Dies trifft aber nur teilweise zu; denn später wurde beobachtet, daß auch in Zimmern, deren arsenhaltige Tapete ein- und mehrfach mit arsenfreien Tapeten überklebt oder mit arsenfreiem Anstrich gedeckt war, Vergiftungserscheinungen eintraten. Es mußte also die Bildung gasförmiger Verbindungen ermöglicht sein. Dem Umstande nachgehend, daß gerade feuchte Wohnungen betroffen wurden, erkannte man, daß bestimmte Pilzarten hieran schuld waren. Die daraufhin namentlich von Gosio,[1]) sowie von Abel und Buttenberg[2]) gemachte Versuche haben dann ergeben, daß besonders Penicillium brevicaule die Entwicklung gasförmiger Arsenverbindungen zustande bringt. Aber auch andere Pilzarten wurden dazu befähigt gefunden, so Aspergillus glaucus, virens, virescens und niger, Mucor mucedo und racemosus, Sterigmatocystis ochracea und Cephalothecium rosaceum. Wenn nun, wie oben erwähnt, eine deckende Tapetenschicht das Durchtreten der Gase nicht verhindert, so ist es ohne weiteres denkbar, daß auch im Kleister enthaltene arsenhaltige Zusätze das Durchtreten gasförmiger Arsenverbindungen ermöglichen, falls es überhaupt zur Zersetzung der Arsenbeimischungen kommt. Daß diese Gefahr schon frühzeitig erkannt wurde, geht aus einem Gutachten Gmelins[3]) hervor, der, ohne die Mitwirkung der Schimmelpilze zu kennen, von einer Gasentwicklung bei arsenhaltigen Farben in Tapeten und Kleister spricht. Weiter spricht eine Bekanntmachung des Königl. Polizeipräsidenten in Berlin vom 8. Januar 1895 über die Verwendung von Schweinfurter Grün als Zusatz zu Tapetenkleister dafür, daß die öftere Verwendung dieses Mittels und dadurch entstandene schädliche Folgen schon längere Zeit beobachtet worden sind. Die Verbreitung dieser üblen Gewohnheit ist wohl als recht ausgedehnt anzusehen. So haben Abel und Buttenberg auch in Hamburg einen Fall von Zusatz zum Tapetenkleister direkt nachgewiesen und andere Fälle durch Umfrage bei den Malern festgestellt. Ebenso ist mir gesprächsweise von einem Hausbesitzer

---

[1]) Gosio: Action de quelques moissisures sur les composés fixes d'arsenie. Archiv ital. de Biologie; 1892.

Gosio: Zur Frage, wodurch die Giftigkeit arsenhaltiger Tapeten bedingt wird. Bericht der deutschen chemischen Gesellschaft; 1897.

[2]) Abel und Buttenberg: Ueber die Einwirkung von Schimmelpilzen auf Arsen. Zeitschrift für Hygiene; 1899.

[3]) Gmelin: Gutachten in den Annalen der Staatsarzneikunde; 1845.

aus Westpreußen mitgeteilt worden, daß ihm der Gebrauch nicht unbekannt wäre. Ein solcher ist mithin ebenso im Osten und Westen Deutschlands wie auch in seinem Zentrum bekannt.

Eine weitere Frage ist nun die, ob der Tapetenkleister einen geeigneten Nährboden für die Entwicklung der Schimmelpilze abgibt? Almquist[1]) hat Versuche mit arsenhaltigen Kalkproben gemacht und dabei nur in einzelnen Fällen nach längerer Zeit Entwicklung arsenhaltiger Gasverbindungen gefunden. Das würde aber nicht die Möglichkeit ausschließen, daß an den Wänden eine bessere Entwicklung stattfinden kann, da durch das Faulen von Tapeten und der Kleistermasse das Wachsen von Schimmelpilzen mehr begünstigt werden kann.

Zunächst wurde angenommen, daß durch die Schimmelpilze nur Arsenwasserstoff erzeugt werde, der sich durch seinen knoblauchartigen Geruch bemerkbar macht. Neuere Forschungen haben aber ergeben, daß Arsenwasserstoff nur zum kleineren Teil entsteht, sich vielmehr hauptsächlich Verbindungen aus der Gruppe der Arsine bilden. Wichtig ist, daß bei Schimmelbildung schon kleinste Mengen arseniger Beimischungen zur Entwicklung gasförmiger Teile führen können. Wurde doch nachgewiesen, das selbst metallisches Arsen in Mengen von 0,0001 g zur Entwicklung genügte; um wieviel mehr denn die großen Mengen, die zum Tapetenkleister tatsächlich zugestetzt werden. Ferner ist sehr wesentlich, daß diese Entwicklung noch nach längerer Zeit möglich ist. So gelang Hamberg[2]) noch der Nachweis flüchtiger Arsenverbindungen in einem Zimmer, in dem eine bereits 20—30 Jahre halftende Tapete zeitweise „Zwiebelgeruch“ auftreten ließ. Die große Gefährlichkeit des Einatmens von Luft, die mit arsenhaltigen Gasen vermischt ist, steht außer Zweifel; sind doch wiederholt Erkrankungen bei Herstellung von Chlorzinklösung aus Zink und Salzsäure, bei Gewinnung von Silber aus bleihaltigen Erzen und von Gold mittels Filtration des gelösten Metalls durch Zinkspäne, sowie bei Wasserstoffherstellung beobachtet worden. Fraglich wäre aber, ob durch Schimmelpilze erzeugte Mengen schädlich wirken könnten. Gosio glaubte dies nachgewiesen zu haben, indem er feststellte, daß Mäuse in Glasglocken, unter denen sich Schimmelpilzkulturen auf arsenhaltigem Nährboden befanden, in wenigen Sekunden zu Grunde gingen. Abel und Buttenberg stellten dies richtig, indem sie das Sterben der Mäuse durch zu raschen Verbrauch der atembaren Luft erklärten. Sie mußten aber zugeben, daß der eine von ihnen bei Prüfung riechender Kulturen jedesmal leichte Benommenheit, in einem Fall erhebliche Störungen, Schwindelgefühl und Uebelkeit verspürte. Diese Erscheinungen bei kurzem Arbeiten mit solchen Kulturen

---

[1]) Almquist: Arsenikhaltiga tapeter och kläder samt mögelfloran i vara bostäder. Hälsovardsjören. i. Stockholm föhrhand; 1902.

[2]) Hamberg: Chemische Untersuchung der Luft in Wohnzimmern mit arsenhaltigen Tapeten. Archiv der Pharmazie; 1875.

machen wohl zur Genüge klar, daß auch geringste Beimischungen von Arsengasen bei längerem Bewohnen von Zimmern mit schimmelnden Arsentapeten bezw., da diese wohl kaum mehr vorhanden sind, mit Tapeten, die mit arsenhaltigem Kleister befestigt sind, zu schwersten Schädigungen führen können. Genügt nach den Untersuchungen von Dubitzki[1]) doch schon ein Gehalt von 0,03 pro mille bei etwa 3stündigem Aufenthalt, um Hämoglobin im Harn auftreten zu lassen. Nach ihm darf auch bei vorübergehendem Aufenthalt nur eine Konzentration von 0,01 $^0/_{00}$ geduldet werden, während in dem Merkblatt über berufliche Arsenwasserstoffvergiftung, herausgegeben von der Konferenz der Fabrikärzte der deutschen chemischen Großindustrie, 0,05 $^0/_{00}$ in der Einatmungsluft als schädlich angesehen wird. In obigem Fall, wo noch ungefähr 36 g Schweinfurter Grün als vorhanden angenommen werden mußte, wäre die Bildung von 17 g $As\,H_3$ = 5 Litern möglich gewesen. Das würde bei Umrechnung auf den Luftgehalt des Zimmers fast 0,01 $^0/_0$ ausmachen. Bei Verbrauch der üblichen 50 g Schweinfurter Grün und kleineren Zimmern würde noch ein entsprechend höherer Prozentsatz als möglich anzunehmen sein. Diese nach den vorherigen Angaben überaus hohen Schädlichkeitsziffern müssen naturgemäß wesentlich eingeschränkt werden, da erstens Schimmelbildung überhaupt auftreten muß und zweitens diese nicht die ganze Wand auf einmal überzieht, sondern nur fleckweise, wodurch eine allmähliche Abgabe der Gasbeimischung hervorgerufen wird. Immerhin ist wohl die Annahme durchaus berechtigt, daß damit Gesundheitsschädigungen hervorgerufen werden können. Jedenfalls wird durch den Zusatz der Arsenfarbe zum Tapetenkleister das Reichsgesetz vom 5. Juli 1887, betr. Verwendung gesundheitsschädlicher Farben bei Herstellung von Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen, umgangen.

Auch die weiteren angeführten Verwendungsarten des Schweinfurter Grüns sind als durchaus gefahrbringend anzusehen. So habe ich in einem anderen Fall festzustellen gesucht, wieviel von der in Fugen verstäubten Farbe noch nach mehreren Wochen nachweislich war. Zu diesem Zweck kratzte ich Staub und Moder aus den Dielenfugen einer Küche, in der das Mittel vor etwa 4 Wochen verstäubt war. Der Raum war inzwischen mehrfach gescheuert worden. Trotzdem konnte ich in 3,1 g Staub und vermoderten Splittern noch 40,9 mg $As_2\,O_3$ = 64 mg Schweinfurter Grün nachweisen. Die gewaltige Gefahr dieser leichtsinnigen Verwendungsart braucht wohl kaum betont werden. Bei dem Gehen und Arbeiten in der Küche wird natürlich arsenhaltiger Staub aufgewirbelt, eingeatmet oder auf die Speisen abgelagert. Ebenso kann bei dem

[1]) Dubitzki: Experimentelle Studien über den Einfluß technisch und hygienisch wichtiger Gase und Dämpfe auf den Organismus. XV. Studien über Arsenwasserstoff. Archiv für Hygiene; 1911, Bd. 73.

großen Feuchtigkeitsgehalt der Küche — es kommen im allgemeinen ja nicht gerade sauber gehaltene Herrschaftsküchen in Frage — auch Schimmelbildung mit den oben genannten verderblichen Folgen auftreten. Schließlich kriechen auch noch kleine Kinder in den Küchen herum und können sich das Gift direckt mit ihren schmutzigen Händchen einverleiben. Ich möchte hier bemerken, daß bei zwei innerhalb zweier Monate von Prof. Dr. Puppe und mir ausgeführten gerichtlichen Sektionen plötzlich verstorbener kleiner Kinder der Befund im Darmkanal so hochgradig verdächtig auf Arsenvergiftung war, daß die chemische Untersuchung angeordnet wurde. Ein positiver Beweis konnte hier freilich nicht ermittelt werden; Lewin[1]) betont jedoch, daß der Gehalt der ersten Wege an Arsen bei starkem Durchfall und Erbrechen sehr klein oder gleich Null sein kann. Es kann da auch hier eine geringe Giftaufnahme etwa auf obigem Wege stattgefunden haben, die bei der schwächlichen Beschaffenheit der Kinder zum ganz akut verlaufenden tödlichen Darmkatarrh führte, während das Gift aus dem Darmkanal eben durch den Durchfall rasch ausgeschieden wurde.

Weniger gefährlich erscheint auf den ersten Blick die Verwendung des Schweinfurter Grüns nach Verreibung mit Spiritus, da dann nicht ein Verstäuben stattfinden kann. Nun wird diese Paste aber in die Fugen der Herde und Oefen verstrichen. Wie mir Glühversuche mit Schweinfurter Grün ergaben, findet hierbei eine Sublimierung statt und neben Bildung des Arsenspiegels wird Arsenwasserstoff unter dem typischen knoblauchartigen Geruch frei. Dieses Ausglühen findet nun in den Ritzen der Feuerstellen statt und die Aufnahme von Arsen durch Einatmung oder in den Darmkanal nach Ablagerung auf den Speisen wird damit ermöglicht. Ferner oxydiert sich Arsen allmählich in Gegenwart von Wasser, das ja in Form von Dämpfen in den Küchen genügend vorhanden ist, zu As_2O_3, das in Wasser löslich ist. Besonders gefährlich erscheint daher die angeführte Ausstreichung der Durchbruchstellen von Wasserhähnen, da auf diesem Wege das Gebrauchswasser die arsenige Säure aufnehmen kann.

Auf die Erscheinungen, die durch Arsenvergiftung hervorgerufen werden, brauche ich wohl nicht näher einzugehen. Es ist aber, da die mannigfache Verwendung von Schweinfurter Grün ziemlich verbreitet erscheint, ganz angebracht, wenn bei wiederholt auftretenden unerklärlichen Durchfällen und Leibschmerzen, oft mit Gelbsucht einhergehend, bei plötzlichem Bluthamen und danach auftretender Urinverhaltung auch an die Entstehungsmöglichkeit durch Arsenvergiftung auf diesem Wege erinnert wird.

Die große Gefahr der Benutzung des Mittels zur Ungeziefervertilgung ist nach dem Angeführten wohl nicht

[1]) Lewin: Der Nachweis des Arsens nach akuter und chronischer Vergiftung. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1914, Nr. 3.

abzuleugnen. Eine Beschränkung des Verbrauchs von Schweinfurter Grün zu derartigen Zwecken erscheint daher unbedingt notwendig. Das Publikum ist nun aber an das gegen Wanzen und Schwaben erklärlicherweise recht wirksame Mittel gewohnt und mit den Gefahren nicht genügend vertraut; deshalb tut Aufklärung bezw. Verbot der Benutzung not. Die Verwendung als Zusatz zum Tapetenkleister ließe sich leicht verbieten mit Bezug auf das Reichsgesetz vom 5. Juli 1887. Ebenso wäre es empfehlenswert, nach dem Muster der erwähnten Bekanntmachung des Berliner Polizeipräsidenten vom 8. Jan. 1895 die Gewerbetreibenden, die das Schweinfurter Grün zu derartigen Zwecken verwenden oder in den Verkehr bringen, auf die Bestimmungen der §§ 324 und 326 des Str. G. B. hinzuweisen. Auch könnte die Malerinnung besonders aufmerksam gemacht werden. Ferner könnte bei Abgabe von Schweinfurter Grün durch Beigabe von kurzen Merkblättern auf die Gefahr bei den angeführten Verwendungsarten hingewiesen werden. Anderseits müßten dem Publikum andere wirksame Mittel zur Wanzen- und Schwabenvertilgung vertraut gemacht werden; denn sonst nützen auch die Gefahrwarnung und das Verbot nichts.

Erwähnt sei noch, daß in einer schon vor etwa 20 Jahren in der Apothekerzeitung veröffentlichten Abhandlung von Korpsstabsapotheker Bernegau, in der eine Reihe von erprobten Wanzenmitteln angegeben wird, als solches auch das doppeltchromsaure Kali genannt wird. Ein hiesiger alter Praktiker, ehemaliger Apotheker, der als eifriges Mitglied des Hausbesitzervereins sich besonders für die Vertilgung des Ungeziefers interessierte, Herr Schwonder, hat schon seit Jahren entsprechende Versuche gemacht und mir neben Ausschwefeln unbewohnter Räume vor dem Tapezieren auch besonders das doppelt-chromsaure Kali empfohlen. Nach ihm genügt Zusatz von 10 g zu einem Liter Wasser bei Bereitung von Tapetenkleister oder Kalktünche vollkommen, um dieselbe Wirkung wie mit Schweinfurter Grün zu erreichen. Solche Mittel müßten durch die Presse weitgehendst bekannt gemacht werden.

Die Empfängnis und ihre Verhütung.

Von Dr. Rich. Blumm in Bayreuth.

Schlegtendal übersieht in seinen Ausführungen in Nr. 9 dieser Zeitschrift, daß zur Schwängerung schon der sogenannte Geilheitstropfen genügt, der in der Fossa navicularis des erigierten Penis hängt und bereits Tausende von Spermatozoen birgt. Vorhanden ist dieser so gut wie immer, insbesondere bei starker sexueller Erregung und bei den an der Grenze von normaler und krankhafter Innervation Stehenden. Wie wären sonst die vielen Befruchtungen zu erklären, die eintreten trotz „Sich furchtbar Inachtnehmens", trotz „Rückzugs", wo die ganze Ejakulation außerhalb der Scheide, womöglich sogar in ein vorgehaltenes Taschentuch (Factum!) erfolgt? Warum ge-

nügt auch zur gerichtlichen Anerkennung der Vaterschaft in Alimentationsklagen schon das Zugeständnis erfolgter Immissio penis? Nur wegen des Geilheitstropfens! Wenn dieser Geilheitstropfen bei der Immissio penis ins vordere Scheidengewölbe oder gar auf den alkalischen Kristellerschen Schleimstrang kommt, dann sind seine Spermatozoen gegen die post festum einsetzende Dusche geschützt: Sie befinden sich kraft ihrer — auch von Schlegtendal zugegebenen — Eigenbeweglichkeit, die Rohleder auf 3 mm pro Minute im Durchschnitt, auf 4,5 mm im Maximum angibt, bereits außerhalb des Bereichs eines kalten oder warmen Wasserstrahls, nämlich mindestens im Zervikalkanal! Daß diese ungewünschte Art des Befruchtungsvorganges absolut keine seltene ist, darüber wird jeder ärztliche Praktiker mit Familienpraxis bejahende Auskunft geben können.

Auf Schlegtendals Ausführungen im einzelnen einzugehen, würde zu viel Raum beanspruchen; ich verweise Interessenten auf Rohleders treffliches Buch: „Die Zeugung beim Menschen“, speziell auf die Seiten 60, 124, 131, 132, 134, 136. Hier wird der Leser eine wissenschaftliche Darstellung des Empfängnisvorgangs finden, die sich mit einem nicht zu knappen Teil der Schlegtendalschen Darstellung nicht deckt. Ich glaube, wie Rohleder und Näcke es für das Gebiet der künstlichen Befruchtung und der Homosexualität annehmen, daß auch auf diesem Gebiete die wenigsten Gutachter, seien sie auch Gerichts- oder sonst beamtete Aerzte, wirkliche Sachverständige sind, sondern nur die Praktiker, denen alljährlich Hunderte solcher Fälle vorkommen.

Die Verhandlungen des Reichstages über die Impffrage.

Vom Herausgeber.

Wie bereits in der vorigen Nummer der Zeitschrift kurz mitgeteilt ist, hat der Reichstag fast zwei volle Sitzungstage, am 28. und 29. April d. J., der Impffrage gewidmet, veranlaßt ebenso wie im Jahre 1911 durch zahlreiche Petitionen von Impfgegnern, denen nur drei impffreundliche Petitionen — von dem Ausschuß der Preußischen Aerztekammern, dem Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege und dem Deutschen Aerztetage — gegenüber standen, in denen die volle Aufrechterhaltung des Impfgesetzes mit Rücksicht auf das allgemeine Volkswohl als unbedingt notwendig erklärt wurde. Mit vollem Recht wurde vom Regierungstische aus, insbesondere vom Herrn Ministerialdirektor Dr. Kirchner, gefragt, was denn eigentlich seit der letzten, erst vor $2^1/_2$ Jahren im Reichstage erfolgten, sehr gründlichen Impfdebatte geschehen sei, um eine solche von neuem zu veranlassen? Die Zahl der Pockenerkrankungen sei doch im Deutschen Reich ständig gesunken und habe sogar im Jahre 1913 mit 90 bezw. 12 Fällen ihren niedrigsten Stand erreicht; die Zahl der angeblichen Impfschädigungen sei trotz des Aufspürens jeden Falles seitens der Impfgegner geringer ge-

worden, außerdem hätten sie sich bei den sorgsam angestellten Ermittelungen nicht als solche herausgestellt. Ferner seien alle Wünsche in bezug auf eine möglichst einwandfreie Beschaffenheit der Lymphe und sorgsame Ausführung der Impfung erfüllt; auch habe eine dreitägige Beratung des Reichsgesundheitsamtes unter Zuziehung von impfgegnerischen Aerzten über die Ausführung des Impfgesetzes stattgefunden; desgleichen seien erhebliche Beträge in den Etat des Reichstages zur wissenschaftlichen Untersuchung der Pocken- und Impffrage eingestellt. Endlich kämen zwangsweise Impfungen oder Vorführungen nur bei äußerstem Widerstande und außerordentlich selten (im vorigen Jahre nur 8 mal) vor. Die Staatsregierung und alle in Betracht kommenden Behörden hätten somit ebenso wie die Impfärzte nach jeder Richtung hin ihre Pflicht getan; trotzdem habe es der Reichstag für nötig gehalten, die Impffrage von neuem in allen Punkten aufzurollen, u. die Petitionskommission sogar entgegen ihren früheren Beschlüssen vorgeschlagen, die Wünsche und Anträge der Impfgegner der Reichsregierung zur Berücksichtigung zu empfehlen, statt wie im Jahre 1911 über sie zur Tagesordnung überzugehen.

Die Ursache hiervon ist zweifellos in der fanatischen, rücksichtslosen Agitation der Impfgegner zu suchen, die darauf ausgehen, durch übertriebene, entstellte und mit der Wirklichkeit in Widerspruch stehende Schilderungen angebl. Impfschädigungen und Zwangsmaßregeln Mißtrauen und Schrecken in der Bevölkerung hervorzurufen, ein Vorgehen, was auch bei den diesjährigen Beratungen des Reichstages von verschiedenen Rednern als „grober Unfug“ bezeichnet wurde und demgegenüber der Ministerialdirektor Dr. Kirchner völlig berechtigt war, den früher von ihm gebrauchten und ihm von den Impfgegnern besonders verdachten Ausdruck „verbrecherisch“ als durchaus zutreffend aufrecht zu halten. Dazu kommt, daß wir seit den Neuwahlen im Jahre 1912 einen neuen und anders zusammengesetzten Reichstag haben, daß bekanntlich gerade bei diesen Neuwahlen die Impfgegner es versucht haben, von den Wahlkandidaten vorher bindende Zusagen in bezug auf ihren Standpunkt zur Impffrage zu erhalten und vielleicht auch erhalten haben, obwohl es sich hier um eine rein wissenschaftliche Frage handelt, die weder mit dem politischen Standpunkt, noch mit den politischen Wahlen etwas zu tun hat. Man kann deshalb dem Abg. Fischbeck (fortsch. Volksp.) nur zustimmen, wenn er sein Bedauern darüber ausdrückt, daß von gewissen Kreisen ihre Abstimmung bei den Wahlen unter Hintansetzung aller großen politischen Gesichtspunkte schließlich davon abhängig gemacht wird, wie sich der Wahlkandidat zur Impffrage stellt, eine Ansicht, der auch von den meisten übrigen impffreundlichen Rednern zugestimmt wurde. Der erneute Sturm der Impfgegner gegen das Impfgesetz mag auch dadurch mit hervorgerufen sein, daß von anderer Seite, amtlicher wie nichtamtlicher, die Druckschwärze mehr als früher zur Abwehr ihrer grundlosen Angriffe benutzt ist und daß sich in den letzten Jahren große sachverständige

Körperschaften in einstimmig gefaßten Resolutionen voll und ganz auf dem Boden des Impfgesetzes gestellt und dessen Aufrechterhaltung im öffentlichen gesundheitlichen Wohle als notwendig anerkannt haben. Endlich darf auch nicht außer Acht gelassen werden, daß gerade in jüngster Zeit die Rechtsprechung sowohl in bezug auf die zulässige wiederholte Bestrafung wegen Impfvergehens, als in bezug auf die Anwendung von Zwang bei Impfentziehung überall ein und denselben Standpunkt eingenommen hat und die früher wohl hin und wieder einmal vorkommenden Urteile höchster Gerichtshöfe, in denen den impfgegnerischen Anschauungen zum Teil Rechnung getragen wurde, verschwunden sind. Nur der Reichstag konnte somit den Bestrebungen der Impfgegner helfen; denn daß die Regierung nach wie vor von der Notwendigkeit des Impfgesetzes und seiner strengen Durchführung überzeugt war, darüber herrscht wohl bei ihnen kein Zweifel. Sollte ein solcher aber wirklich vorhanden gewesen sein, dann ist er ihnen sicherlich durch die neuen Reichstagsverhandlungen genommen. In vortrefflichen und überzeugenden Ausführungen haben auch diesmal die Kommissare des Bundesrats, namentlich Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner und der Präsident des Reichsgesundheitsamts Dr. Bumm, auf die großen Erfolge des Impfgesetzes in bezug auf die Verhütung und Bekämpfung der Pocken, sowie auf die schweren Gefahren hingewiesen, die bei einem Rütteln an diesem gesetzlichen Bollwerk gegen die Pocken zweifellos zu befürchten stehen; mit Recht haben sie ferner hervorgehoben, daß die von den Impfgegnern der Impfung zur Last gelegten Gesundheitsbeschädigungen fast ausnahmslos mit der Impfung selbst nichts zu tun hätten, sondern auf andere Ursachen zurückzuführen seien, und außerdem die äußerst geringe Zahl dieser Schädigungen gar nicht ins Gewicht fallen könne gegenüber den unbestreitbaren Segnungen des Impfgesetzes, zumal alles seitens der maßgebenden Behörden geschehe, um bei der Ausführung der Impfung jedwede Gesundheitsbeschädigung auszuschalten. In schlagender und z. T. temperamentvoller Weise hat besonders Min.-Dir. Prof. Dr. Kirchner alle sowohl gegen seine Person, wie gegen das Impfgesetz selbst gerichteten impfgegnerischen Angriffe als völlig unbegründet zurückgewiesen und ihnen gegenüber betont, daß weder die Reichsregierung noch er selbst daran denke, sich durch diese Angriffe einschüchtern und bange machen zu lassen. Dazu sei die Verantwortung bei einer Durchlöcherung des Impfgesetzes zu schwer; aber auch der Reichstag müsse sich im Interesse der Volksgesundheit hüten, eine solche schwere Verantwortung auf sich zu nehmen. Der Reichstag scheint vernünftigerweise auch dazu vorläufig keine Neigung zu haben, immerhin dürfte aber doch in seiner Mitte die Zahl der Impfgegner oder wenigstens derjenigen Mitglieder gewachsen sein, die der impfgegnerischen Agitation und dem Inhalt der impfgegnerischen Flugschriften, Broschüren und Petitionen

einen größeren Wert beimessen und ihnen mehr Beachtung schenken zu müssen glauben, als dies in dem früheren Reichstage der Fall gewesen ist. Jedenfalls haben diese Mitglieder in der Petitionskommission die Mehrheit gebildet; denn nur so erklärt sich der Antrag dieser Kommission, die verschiedenen Petitionen, in denen die Einsetzung einer paritätischen, aus gleichen Teilen von Impffreunden und Impfgegnern bestehenden Kommission zur erneuten Prüfung der rechtlichen und wissenschaftlichen Grundlagen des Impfgesetzes, eine einwandsfreie Sicherstellung des wahren, dem Sinne des Gesetzes entsprechenden Rechtszustandes, die Einführung der sogenannten Gewissensklausel nach englischem Muster, eine gesetzliche Entschädigung der infolge der Impfung eingetretenen Gesundheitsschädigungen und die Unterlassung jedes weiteren, dem Gesetz zuwiderlaufenden Zwanges bis zur Entscheidung über dessen Aufhebung oder Abänderung gefordert werden, diesmal dem Reichskanzler zur Berücksichtigung zu überweisen, anstatt wie früher Uebergang zur Tagesordnung vorzuschlagen. Dieser Antrag ist nun erfreulicherweise nicht angenommen, was zweifellos in erster Linie dem entschiedenen und energischen Eintreten der beiden vorgenannten Bundeskommissare für das Impfgesetz zu verdanken ist, die hierbei von Rednern aller Parteien, und zwar auch aus denjenigen Parteien unterstützt wurden, in deren Reihen anscheinend die meisten Freunde der Impfgegner vorhanden sind: Zentrum und Sozialdemokratie. Einen vollständig ablehnenden Standpunkt gegenüber dem Antrag der Petitionskommission nahmen die Abgg. Fischbeck (fortschr. Volksp.), Götting (nat.), Dr. Gerlach (Zentr.), Bernstein (Soz.), Graf v. Oppersdorf und Graf v. Posadowsky-Wehner (beide bei keiner Partei) ein. Abg. Dr. Gerlach wies mit Recht darauf hin, daß die Zunahme der impfgegnerischen Agitation z. T. auch darin ihren Grund habe, daß die Bevölkerung keinen Begriff mehr von der Schwere und der Bedeutung der Pockenerkrankungen habe, weil sie infolge der Impfung keine Gelegenheit habe, die fürchterlichen Folgen dieser Seuche wahrzunehmen. Desgleichen kann man dem Abgeordneten Graf v. Oppersdorf nur beistimmen, wenn er sagt, daß sicherste Mittel gegen diese Agitation sei ein wirkliches argumentum ad hominem, ein parlamentarischer Ausflug in einem richtigen Pockenherd, von dem sicherlich alle Teilnehmer belehrt und als Freunde der Impfung wie der Medizinalverwaltung wiederkommen würden. Graf v. Posadowsky-Wehner ist ebenfalls für Aufrechterhaltung des Impfgesetzes und schiebt der durch die Agitation der Impfgegner hervorgerufenen Beunruhigung weiter Volkskreise die Schuld für den überraschenden Beschluß dem Einfluß der Petitionskommission zu. Er wünscht deshalb, daß die leitenden amtlichen Stellungen der Regierung zu der Impffrage, namentlich ob sie an dem bisherigen Impfgesetz unter allen Umständen festzuhalten beabsichtigen, so bald

als möglich und in klarer unzweifelhafter Form kundgeben möchten, ein Wunsch der unseres Erachtens bereits durch die diesjährigen klaren Ausführungen der Bundeskommissare im Reichstage voll erfüllt ist; denn daß diese nicht mit halbem Herzen, wie der Abg. Thiele dem Ministerdirektor Dr. Kirchner gegenüber behauptete, sondern aus voller Ueberzeugung auf dem Boden des Impfgesetzes stehen, darüber haben sie wirklich keinen Zweifel gelassen. Deshalb halten sie auch mit Recht die Einsetzung einer neuen Kommission zur Prüfung der Impfungen für überflüssig, namentlich einer paritätischen derartigen Kommission, die zu einer Einigung doch nicht führen werde, da eine solche mit Leuten, die wissenschaftliche Probleme weder verstehen noch anerkennen, sondern nur mit Schlagworten arbeiten, nicht möglich ist. Immerhin sei die Einberufung einer Kommission, wozu auch einige Impfgegner, ebenso wie bei der im Februar d. J. abgehaltenen, zugezogen werden könnten, der einzige Punkt, worüber man sprechen könne, während die Fragen der Gewissensklausel und der Entschädigungen für angebliche Gesundheitsbeshädigungen indiskutabel seien.

Von impfgegnerischer Seite wurde dieser Standpunkt durch die Abgg. Bock und Thiele (Soz.), Dr. Pfeiffer (Zentrum), Freiherr v. Schele (Welfe) aufs lebhafteste bestritten, ohne irgend etwas Neues in der Sache selbst vorzubringen. Alles von der Regierung vorgebrachte Material wurde als anfechtbar bezeichnet; das Verschwinden der Pocken sei lediglich den besseren sozialen und hygienischen Verhältnisse zu verdanken, nach einer gewissen Zeit trete auch ohne besondere Maßregeln ein Erlöschen von Epidemien ein; lediglich die Impfung sei schuld an der angeblichen Zunahme von Tuberkulose, Krebs, Diphtherie und anderen Krankheiten sowie an der Zunahme der Sterblichkeit überhaupt; — auffallender Weise ist keiner von den Impfgegnern auf die Idee gekommen, daß auch die Abnahme der Geburtenziffer auf die lediglich durch die Impfung bedingte Schwächung der Zeugungs- und Geburtsfähigkeit zurückzuführen sei, eine ihrem Gedankengang doch naheliegende Beschuldigung. Selbstverständlich fehlten auch die Schauermärchen angeblicher Impfschädigungen und Zwangsmaßregeln nicht. Der von dem Abg. Dr. Gerlach angeführte Arzt an der Ostgrenze hat ganz Recht, wenn er sagt, die Impfgegner reden wie „der Blinde von der Farbe“; nicht minder berechtigt ist der ihnen von verschiedener Seite gemachte Vorwurf der Einseitigkeit, des Mangels an Objektivität, der Verkennung jeder naturwissenschaftlichen Tatsachen. Mangel an Objektivität wird ja bekanntlich von impfgegnerischer Seite besonders den Impffreunden vorgeworfen, obwohl die von diesen vertretene Ansicht, wie der Abg. Götting zutreffend ausführte, den Grad wissenschaftlicher Tiefe und wissenschaftlicher Begründung aufweist, den wir nach menschlichem Ermessen überhaupt nur verlangen können und sich so sehr der Wahrheit nähert, wie das zurzeit überhaupt möglich ist. Aber über alle Tatsachen setzt

man sich einfach mit irgendeinem Schlagwort oder sonstigem Salto mortale hinweg, der Abg. Bock (Soz.) scheute sich sogar nicht, den Aerzten den versteckten Vorwurf des materiellen Eigennutzes zu machen, ein Vorwurf, der sowohl von den Vertretern des Bundesrats, als von dem Abg. Dr. Gerlach als völlig unbegründet energisch zurückgewiesen wurde mit dem sehr richtigen Hinweis, daß sich die Aerzte bei Aufhebung des Impfgesetzes infolge der dann zu erwartenden Zunahme der Pockenerkrankungen finanziell weit besser stehen würden. Wenn man sich vergegenwärtigt, welche Erfolge gerade durch die Errungenschaften und Fortschritte der medizinischen Wissenschaft in den letzten Jahrzehnten in bezug auf die Bekämpfung aller Volksseuchen, Verminderung der Sterblichkeit, Hebung der ganzen Volksgesundheit gemacht sind, dann wirkt es tief betrübend und niederschlagend, wenn sich im Reichstage Männer finden, die alle neuen Frfolge mehr oder weniger ableugnen und die, wie es in Nr. 19 der „Aerztlichen Mitteilungen“ zutreffend heißt, sich wohl „die Pockenfreiheit gefallen lassen, aber die Mittel, denen sie zu danken ist, nötigenfalls preisgeben, wenn die Mandatspolitik es verlangt“. Hier liegt zweifellos eine große Gefahr für das Impfgesetz; denn trotz des energischen Widerstandes der verantwortlichen Stellen „kann das Impfgesetz eines schönen Tages Objekt der parlamentarischeu Do-ut-des-Politik werden. Vielleicht kommen dann auch die anderen sanitätspolitischen Dinge an die Reihe; denn wenn man wirklich zugibt, daß jeder Mensch freie Verfügung über seinen Körper hat, so darf keinem das heilige Menschenrecht, auf den Boden zu spucken, angetastet werden, und nach den Pocken werden wir dann die Tuberkulose-Bekämpfung abbauen. Was macht man damit aber für eine Karikatur aus unserer sozialen Versicherung, die sich ja in ihrem jetzigen Umfange nur halbwegs rechtfertigen läßt, wenn sie eine großstilige Sozialhygiene in sich schließt! Gegen Krankheit versichern, aber die Sicherungen gegen Krankheit niederreißen — eine Danaidenfaß Politik!“

Der bestgehaßte Mann ist bei den Impfgegnern jedenfalls der Ministerialdirektor Dr. Kirchner; mit Vorliebe richten Sie gegen ihn in unerhörter Weise ihre Angriffe und sind dann nicht nur erstaunt, sondern nehmen es ihm sogar übel, wenn er sich in scharfer Weise seiner Haut wehrt und dem gegen ihn gerichteten Hieb einen stärkeren und gut sitzenden Gegenhieb folgen läßt. Daß ein solcher Kampf gegen einen derartig verblendeten Gegner nicht gerade zu den Annehmlichkeiten des Lebens gehört, davon wird jeder überzeugt sein; um so mehr und um so dankbarer ist es daher anzuerkennen, daß er auch diesmal wieder vom Ministerialdirektor Dr. Kirchner in so schneidiger und erfolgreicher Weise geführt ist. Allerdings einen vollen Erfolg hat er leider nicht erzielt, dazu überwog im Reichstag selbst bei den Impffreunden zu sehr die Stimmung, daß, wie die Abgg. Krahmer (kons.) und Neumann-Hofer (fortsch. Volksp.) ausführten, mit Rück-

sicht auf die durch die Agitation der Impfgegner hervorgerufene Beunruhigung der Bevölkerung etwas geschehen müsse, um diese tunlichst zu beseitigen. Infolgedessen gelangte ein von der konservativen Partei gestellter Vermittlungsantrag (Arnstadt und Genossen), der die Forderung einer Impfungskommission ohne bestimmte Wünsche in bezug auf deren Zusammensetzung dem Reichskanzler zur Berücksichtigung überweisen wollte, zur Annahme, während die übrigen entgegen dem Antrag der Petitionskommission dem Reichskanzler zur Erwägung überwiesen wurden. Jedenfalls geht aus dem Verlauf der diesjährigen Verhandlungen des Reichstags hervor, daß die Impffrage voraussichtlich in nicht zu langer Zeit auf seiner Tagesordnung wieder erscheinen wird; um so mehr ist es Pflicht nicht bloß der beamteten Aerzte, sondern aller Aerzte überhaupt, durch fortgesetzte Belehrung der Bevölkerung über die Notwendigkeit, den Nutzen und die Unschädlichkeit der Impfung, den Agitationen der Impfgegner den Boden abzugraben und auf diese Weise die Behörden gegenüber den fortgesetzten Angriffen der Impfgegner in wirksamer Weise zu unterstützen. Die Impfungen selbst bieten hierzu die beste Gelegenheit; je mehr sich hierbei die Aerzte bemühen, die Mütter der Kinder aufzuklären und je sorgsamer von ihnen die Ausführung der Impfung auch in bezug auf die Auswahl und vorläufige Zurückstellung der Kinder bewirkt wird, desto mehr werden ihre Bemühungen Erfolg haben.

Nachstehend lassen wir die Verhandlungen des Reichstages im Auszuge auf Grund des stenographischen Berichtes folgen:

Der Berichterstatter, Abg. Dr. **Burckhardt** (wirtsch. Vereinig.) verweist auf den von ihm erstatteten schriftlichen Bericht und bemerkt, daß die Petitionen im allgemeinen darin übereinstimmen, daß sie fünf Forderungen stellen. Erstens verlangen sie, daß das Impfgesetz vom 8. April 1874 einer aus gleichen Teilen von Impffreunden und Impfgegnern bestehenden Kommission zur erneuten Prüfung der rechtlichen und wissenschaftlichen Grundlagen überwiesen werde. Diese Forderung sei in der Kommission angenommen; auch der konservative Antrag fordere die Einsetzung einer Kommission; er verlange nur nicht, daß diese zu gleichen Teilen aus Impffreunden und Impfgegnern zusammengesetzt sei. Zweitens wird eine einwandsfreie Sicherstellung des wahren, dem Sinne des Impfgesetzes entsprechenden Rechtszustandes, drittens die Einführung der Gewissensklausel nach englischem Muster, viertens eine gesetzliche Entschädigung bei etwaigen Gesundheitsschädigungen durch die Impfung und endlich fünftens die Unterlassung jeder weiteren zwangsweisen, dem Gesetze zuwiderlaufenden Anwendung des Impfgesetzes bis zur Entscheidung über seine völlige Aufhebung gefordert. Die Kommission hat in ihrer Mehrheit beschlossen, daß alle Forderungen der Petenten dem Reichskanzler zur Berücksichtigung überwiesen werden sollen. Betreffs der Frage des Impfzwanges führt der Berichterstatter an der Hand der stenographischen Berichte noch aus, daß bei den Beratungen und Abbstimmungen über das Impfgesetz ausdrücklich von einer eigentlichen Zwangsimpfung abgesehen sei (Bravo!).

Abg. **Bock**-Gotha (Soz.): Die Frage der Abänderung des Impfgesetzes und der Zwangsimpfung hat den Reichstag schon oft beschäftigt; das ist auch erklärlich, weil das Gesetz nur mit zwei Stimmen Majorität seinerzeit angenommen worden ist, die Leidenschaften für und gegen mit dem Wachsen der Opposition immer heftiger geworden sind und die einen große Schäden,

große Nachteile befürchten, die anderen sie bestreiten und jeder Recht haben will. Der Ton sei auf beiden Seiten ein hitziger, gleichwohl gehe es doch nicht an, wenn, wie dies Herr Ministerialdirektor Kirchner getan habe, von einem verbrecherischen Treiben, einer wahnwitzigen und fanatischen Opposition der Impfgegner gesprochen werde. Durch eine heftige Polemik werde einer für die Volksgesundheit so wichtigen Frage nicht gedient. Es wird gesagt, der Impfzwang sei eine Frage der Wissenschaft; dann hätte der Reichstag überhaupt nicht mitzusprechen. Man dürfe aber nicht vergessen, daß die Wissenschaft auch Irrtümer verteidigen könne und verteidigt habe; die medizinische Wissenschaft von heute habe auch viele Grundsätze, die sie vor 50 oder 30 Jahren fest verteidigte, wieder über Bord geworfen. Jedenfalls sei der Impfzwang als eine willkürliche, der Volksgesundheit gefährliche Maßnahme der Behörden zu betrachten, die im Gesetze nicht begründet sei. Zahlreiche Eltern sind ins Gefängnis gesperrt worden, weil sie sich weigerten, ihre Kinder als Impflinge der Impfstelle zuzuführen; das widerspricht aber dem Geist und dem Sinn des Impfgesetzes, das kein Zwangsimpfgesetz, sondern ein Impfgesetz sei, wie dies aus den damaligen Verhandlungen klar und unzweideutig hervorgehe. Ein absoluter Impfzwang besteht also nicht, trotzdem wird er heute ausgeübt, namentlich von den preußischen Behörden. Selbst das Kaiserliche Gesundheitsamt sagt in seiner Denkschrift, daß das Reichsimpfgesetz keinen unmittelbaren Zwang zur Impfung vorsehe; gleichwohl werden im Deutschen Reiche und besonders in Preußen die Leute zwei-, drei-, vier- und fünfmal bestraft, wenn sie sich weigern, den Impfling zur Impfstelle zu bringen. Auch eine Anzahl von Gerichten hat sich auf den Standpunkt gestellt, daß ein solcher Zwang ungesetzlich sei. Hunderttausende von Menschen befinden sich wegen dieses Zwanges in großer Gewissensnot; sie sträuben sich gegen die Impfung nicht aus Neigung zur Opposition, sondern lediglich aus Sorge für die Gesundheit ihrer Kinder. Hervorragende wissenschaftliche Autoritäten sind heutzutage Gegner des Impfzwanges; ebenso gibt es Tausende von Aerzten, die impfgegnerische Vereine gegründet haben. Wir haben auch eine Anzahl impfgegnerischer Juristen, die das Recht der Impfgegner gegenüber den Behörden verteidigen. Ihre ungeheuerliche Zwangsmaßregel stützen die Behörden auf ein Urteil des preußischen Oberverwaltungsgerichts, wonach der Zwang erlaubt sei, weil er in dem Gesetz nicht ausdrücklich verboten sei. Wenn dieser Grundsatz, daß alles, was nicht verboten ist, für jeden Staatsbürger erlaubt sei, so würde dies zu sonderbaren, den Behörden sehr unliebsamen Folgerungen führen. Zahlreiche Juristen vertreten auch die Ansicht, daß nach dem Grundsatz ne bis in idem eine mehrmalige Bestrafung wegen derselben Impfzuwiderhandlungen nicht zulässig sei. Daß das Reichsgesundheitsamt auf der Seite der Impffreunde steht, beweist ebensowenig die Gesetzlichkeit des Impfzwanges wie der drei-, viermaligen Bestrafung von Leuten, die sich weigern, ihre Kinder impfen zu lassen. Das Impfgesetz ist gewissermaßen ein Angstprodukt infolge einer schweren Pockenepidemie. Durch wissenschaftliche Abhandlungen, Werke und Tafeln mit Statistiken wird von den Impfpfreunden versucht, die Menschen zu schrecken und den Eindruck hervorzurufen, als ob das ganze Deutsche Reich bei Beseitigung des Impfgesetzes zugrunde gehen werde; desgleichen behaupten sie, daß Wissenschaft die Nützlichkeit, Notwendigkeit und Gefahrlosigkeit der Impfung beweise. In Wirklichkeit sehen diese Dinge aber ganz anders aus; denn trotzdem im Deutschen Reiche das ganze Volk, jeder einzelne ein- und zweimal, mancher drei- vielleicht auch gar viermal damit geimpft worden ist, sind die Pocken noch keineswegs verschwunden. Selbst zwei- und dreimal geimpfte Leute erkranken und sterben an Pocken, obwohl es anfangs hieß, die einmalige Impfung mit Kuhpockenlymphe schütze zeitlebens vor der Ansteckung durch Pocken. Man hat eben mit der ganzen Impferei Fiasko gemacht. Nach den jetzigen Anschauungen soll der Impfschutz nur 10 Jahre dauern; Dr. Böing nimmt sogar nur eine Schutzdauer von zwei Jahren an. Mit dem Impfschutz steht es deshalb faul, und da das Impfen auch nicht vor Ansteckung und Tod schütze, so darf ein solcher Impfzwang nicht mehr aufrecht erhalten werden. Selbst der Elberfelder Aerztetag hat die Frage eines absoluten Impfschutzes verneint. Dazu kommen die Tausende und Abertausende von Impfschädigungen, die langes Siechtum oder gar den Tod zur Folge gehabt haben. An der Impfung sterben jezt vielleicht ebenso viele Menschen wie früher an den Pocken. Die Impffreunde bestreiten das

zwar, sie können aber nicht bestreiten, daß sie früher, als sie von Arm zu Arm impften, die Skrofulose, die Tuberkulose, die Rhachitis, ja sogar die Syphilis übergeimpft haben. Redner führt verschiedene derartige Fälle an; er will auch selbst in drei Familien Infektionen durch Impfung gesehen haben, darunter einen Fall mit tödlichem Ausgang. Die Impfung ist also gar nicht so ungefährlich, wie von den Impffreunden behauptet wird. Etwaige Fälle von Impfschädigungen werden von ihnen mit den Worten: das hat mit der Impfung gar nichts zu tun, auf Unreinlichkeit bei der Behandlung seitens der Angehörigen der Implinge zurückgeführt. Im Jahre 1902 sind in Preußen 32 Impftodesfälle amtlich gemeldet; die nicht amtlich gemeldeten sind doppelt so viel. Die Lymphe sei daran nicht schuld, wird regierungsseitig behauptet; eine reine Lymphe gebe es aber nicht; denn Herr Ministerialdirektor Kirchner hat selbst im preußischen Abgeordnetenhause erklärt, daß es bis jetzt nicht gelungen sei, eine von allen anderen Krankheitserregern freie Lymphe herzustellen; auch die Vorsteher der deutschen staatlichen Lymphgewinnungsanstalten sind darüber einig, daß der Lymphe noch eine große Menge giftiger Bakterien anhaften. — Das Gesetz schreibt ferner vor, daß nur gesunde Kinder geimpft werden sollen; bei der Feststellung des Gesundheitszustandes verfährt man aber in der unverantwortlichsten Leichtfertigkeit. Es kann auch gar nicht möglich sein, eine genaue Kontrolle vorzunehmen, da fast in jeder Sekunde ein Kind untersucht und geimpft werde. Berücksichtigt man weiter die Tatsache, daß nach den schulärztlichen Feststellungen eine große Masse von Kindern (bis 85 %) nicht gesund sind, so werden die ungeheuren Impfschäden verständlich und erklärlich. — Durch die Statistik will man beweisen, wie nützlich und notwendig das Impfen sei, daß in den Ländern mit Impfung die Pocken zurückgegangen, in den Ländern ohne Impfung oder ohne genügende Impfung dagegen im Steigen begriffen seien. Das Gegenteil ist aber wahr; denn trotzdem in Preußen seit 1822 auf administrativem Wege geimpft wurde, so daß viele Leute zweimal, manche dreimal geimpft waren, starben doch bei der großen Pockenepidemie 1870/71 29000, von denen 97 % geimpft waren. In Italien, wo mit am intensivsten geimpft werde, steigt gleichwohl die Zahl der Pockenerkrankungen; in der kurzen Zeit von 1902 bis 1905 sind 15000 Menschen an Pocken gestorben und 150000 daran erkrankt. In England ist seit 1907 die Gewissensklausel eingeführt; trotzdem sind dort die Blattern, an denen im Jahre 1886 noch 18676 Personen gestorben sind, jetzt viel seltener; London sei die pockenfreieste Großstadt der Welt, obgleich jetzt wegen der von den deutschen Aerzten so gefürchteten Gewissensklausel die Hälfte aller Neugeborenen ungeimpft bleibe. Auch in der Schweiz hat die Mehrzahl der Kantone den Impfzwang abgeschafft; gerade in diesen Kantonen ist aber die Zahl der Pockenfälle geringer. In Bonn sind 1870/71 von den 25000 ein- und zweimal geimpften Einwohnern 94 gestorben, von 1000 Ungeimpften 4. Nach eidlicher Aussage des Dr. Kupferberg sind außerdem die Statistiken des Kaiserlichen Gesundheitsamtes nicht einwandsfrei. In der französischen Armee sind 1870/71 nicht 15000, sondern nur 6000 Mann an Pocken gestorben; auch die für Schweden aufgestellte Statistik stimmt nicht. Alle Gründe, Erfahrungen und Tatsachen sprechen nicht nur gegen den Impfzwang, sondern gegen das ganze Impfgesetz überhaupt. Das Reichsgesundheitsamt erkennt selbst eine Reformbedürftigkeit des Impfgesetzes an, es will aber nur die technischen Grundlagen ändern und verbessern, um die mit der Kuhpockenimpfung verbundenen Gefahren auf ein geringeres Maß zu beschränken. Es beabsichtigt auch eine Kommission dafür einzusetzen; mit dieser kleinen Konzession könne sich aber der Reichstag nicht begnügen. Wenn auch jetzt angeblich von Dr. Fornet der Pockenerreger entdeckt und seine Reinkultur möglich sei, so bleibe er doch ein Giftpilz. Nicht genügend geklärt sei auch die Frage der Beziehungen zwischen den echten Pocken (Variola) und den Kuhpocken (Vakzine); dasselbe gelte betreffs der Frage nach den Infektionswegen und nach der Immunisierung. Selbst Prof. Dr. Ehrlich habe erklärt, daß die Zukunft nach seiner Ansicht nicht mehr den Impfungen, der Prophylaxe und Serumtherapie, sondern den Radium- und X-Strahlen gehöre. Die Impfwissenschaft hat somit einen Grundsatz nach dem anderen preisgeben müssen. Allerdings stehe die Mehrheit der Aerzte auf Seite der Impffreunde; auf impfgegnerischer Seite seien aber auch viele ärztliche Autoritäten zu finden. Jedenfalls könne man die impfgegnerischen Aerzte,

die den Behörden und ihren andersgesinnten Kollegen gegenüber einen schweren Stand hätten, nicht des materiellen Eigennutzes bezichtigen, während bei vielen impffreundlichen Aerzten die materielle Seite nicht so ganz und gar unschuldig sein dürfte. — Die Pockenseuche wurde ebensowenig durch eine Impfung verhindert wie die Cholera und Pest; denn alle diese Krankheiten, namentlich die Pocken, seien Schmutzkrankheiten, die im Deutschen Reiche durch die großen hygienischen Fortschritte mit größerem Erfolg bekämpft würden, als mit der Impflanzette, und auch nur noch von Osten her eingeschleppt würden. Das vollständige Verschwinden des Typhus in Berlin sei z. B. einfach durch den Anschluß an die Kanalisation hervorgerufen worden. Ein überaus mächtiger Hilfsfaktor für die Bekämpfung der Seuchen ist auch die Förderung der Versicherungsgesetze in Deutschland; gute Wohnungen, gute Nahrung, gute Kleidung, eine gute Stadthygiene werden die Impfseuchen samt und sonders verschwinden lassen. Was für schlimme Erfahrungen das deutsche Volk mit der Impfung gemacht hat, das sehe man auch an anderen Impfarten, z. B. an den Ehrlichschen Salvarsan; die von dem Berliner Polizeiarzt Dr. Dreuw dagegen erhobenen Angriffe versuche man aber zu unterdrücken. Der Pockenimpfwahn habe unendliche Opfer von Menschenleben gefordert; deshalb forderrt die Partei des Redners die Einsetzung einer paritätischen Kommission aus je 12 impffreundlichen und impfgegnerischen Aerzten, sowie die Einführung der Gewissensklausel, die auch in Holland bestehe und hier mit der vernunftgemäßen Begründung eingeführt sei, daß bei der Pockenimpfung, selbst wenn sie einen absoluten Schutz gewähre, wegen der damit verbundenen, nicht völlig zu verhütenden gesundheitlichen Gefahren jeder Zwang zu vermeiden sei (Bravo! bei den Sozialdemokraten).

Abg. Dr. **Pfeiffer** (Zentrum): Der Reichstag spricht zunächst seine Befriedigung darüber aus, daß die Petitionskommission infolge der in großer Zahl aus dem ganzen Deutschen Reiche eingereichten Bittschriften mit großer Mehrheit diesmal beantragt hat, über diese Petitionen nicht mehr zur Tagesordnung überzugehen, sondern sie dem Herrn Reichskanzler zur Berücksichtigung zu überweisen; hoffentlich werde dieser Antrag auch vom Reichstag angenommen. Seit dem Jahre 1911, wo sich dieser zuletzt mit der Impffrage beschäftigt habe, sei das eingesandte Material von seiten der Impfgegner ins Uferlose gewachsen. Die Schriften der Impfgegner lassen leider erkennen, daß schwere Schädigungen der nationalen Gesundheit infolge der Impfung nicht abgeleugnet werden können. Sowohl von den Impfgegnern, als von den Impffreunden ist eine lebhafte Agitation entfaltet worden; bei derjenigen der Impffreunde scheine auch das preußische Kultusministerium und das Reichsgesundheitsamt sich nicht ganz zurückgehalten zu haben. H. Ministerialdirektor Kirchner habe jedenfalls eine Broschüre des Dr. Gins, eines „wissenschaftlichen Mitarbeiters im Königlichen Institut für Infektionskrankheiten Robert Koch“, betitelt „Kußmauls zwanzig Briefe über die Menschen und Kuhpockenimpfung“, durch ein Vorwort befürwortet und in diesem wiederum den Standpunkt vertreten, daß die Impfgegner lauter als früher ihre Stimmen erhöben und die Stimme der Vernunft zu überschreien suchten. Er spricht also denjenigen, die nicht radikale Impffreude sind, schon überhaupt die Vernunft ab, während er ihnen früher ein verbrecherisches Treiben insinuiert hat. Er zitiert in diesem Geleitwort auch die Worte Kußmauls: „Durch massive Grobheit und persönliche Injurien suchen sie das Feld allein zu behaupten und die anständigen Leute von der Diskussion zurückzuschrecken.“ Wenn aber den Impfgegnern verbrecherisches Treiben und Absprechung der Vernunft nachgesagt wird, so sei darin nicht gerade ein kavaliermäßiger Gedankenaustausch zu erblicken, sondern ein gewisser rauher, wenn auch herzlicher Familienton. (Große Heiterkeit.) In den „Frankfurter Nachrichten“ ist vor kurzem ein umfangreicher, wahrscheinlich von Dr. Gins verfaßter Artitel erschienen und dessen Nachdruck von der Redaktion dieser Zeitung anderen Zeitungen unter Beifügung eines Abzuges empfohlen, da auf seine weitere Veröffentlichung vom preußischen Kultusministerium sowie vom Reichsgesundheitsamt der größte Wert gelegt werde und der Artikel von einem wissenschaftlichem Hilfsarbeiter im Kultusministerium verfaßt sei. Daraus geht doch zweifellos hervor, daß die Behörden dieser Bearbeitung der öffentlichen Meinung nicht ganz ferne stehen.

Die Impfgegner verlangen in ihren Petitionen die Beseitigung des Impf-

zwanges, die Einsetzung einer paritätischen Kommission zur Prüfung sowohl der medizinisch-wissenschaftlichen, als juristischen Sachlage, die Einführung der Gewissensklausel und die Entschädigung der durch die Impfung nachweislich geschädigter Personen. Die Regierung stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, daß sie die Notwendigkeit einer solchen paritätischen Kommission einfach verneint. Hoffentlich verharrt sie aber nicht bei dieser Gesinnung, sondern unterzieht sie einer Prüfung; denn bei den Petitionen der Impfgegner handelt es sich nicht um Eigenbrödeleien und Einbildungen der betreffenden Leute, sondern um eine aus den Erfahrungstatsachen gewonnene tieftraurige Ueberzeugung, daß auf diesem Gebiet Schäden bestehen (sehr richtig im Zentrum und bei den Sozialdemokraten). Die Schulmedizin sagt dagegen, die Impfung sei an und für sich ganz vortrefflich, sie wirke ausgezeichnet, es kommen jedoch Komplikationen vor, durch die der tödliche Ausgang der Geimpften erfolgen könnte. Durch vortreffliche Ausführung der Impfung und einwandfreie Beschaffenheit der Lymphe ließen sich aber die Impfschäden vermeiden, besonders wenn den Impflingen die erforderliche Fürsorge seitens der Angehörigen zu Teil werde. Das Gefährliche ist aber, daß diese großen „Wenns" nicht zutreffen. Daß die Lymphe nicht immer einwandfrei sei, hat selbst H. Ministerialdirektor Kirchner zugegeben; wenn dann die Impflinge durch solche Lymphe krank werden, kann man es den Eltern nicht übelnehmen, wenn sie sich in Petitionen an den Reichstag wenden. Auch die Ausführung der Impfung ist besonders auf dem Lande, wo oft Hunderte von Kindern in einem engen Saale zusammengepfercht werden, nicht unter allen Umständen einwandfrei, namentlich wird nicht genügend auf den Gesundheitszustand der Impflinge Rücksicht genommen.

Mit statistischen und graphischen Darstellungen kann man nicht alles erschöpfend beweisen. Die Uebersichten beweisen z. B. auch, daß in den Kriegszeiten von 1864, 1866, 1870/71, wo die allgemeine Hygiene gesunken ist, auch die Pockenkurve der Zivilbevölkerung maßlos anschwillt (Sehr richtig!). Ungeklärt ist ferner die Frage über die Dauer des Impfschutzes.

Japan ist nach Ansicht von Ministerialdirektor Dr. Kirchner das bestdurchimpfte Land, gleichwohl sind hier die Erkrankungen an Pocken bei den Geimpften außerordentlich zahlreich. Ebenso sind trotz der Einführung der Jennerschen Schutzimpfung die Pocken im Deutschen Reiche verbreitet gewesen und ebensowenig können sie heute in Italien aus der Welt geschafft werden. Es gibt auch zahlreiche ärztliche Autoritäten, die auf den Standpunkt stehen, daß der Glaube an die Schutzimpfung ein grotesker Aberglaube sei und daß es keine wissenschaftliche Stütze für die Impfung gebe. Demgegenüber könne man doch nicht vom Regierungstisch aus rundweg erklären, daß solche Leute durch Voreingenommenheit oder durch Fanatismus geblendet erscheinen.

Der Deutsche Reichstag hat im Jahre 1874 nicht die Absicht gehabt, ein Zwangsgesetz zu schaffen; gerade die zur Anwendung gebrachten Zwangsmaßregeln haben aber außerordentlich viel böses Blut gemacht. Leider ist die Rechtsprechung der Gerichte in dieser Hinsicht eine sehr schwankende und weicht auch in den verschiedenen deutschen Bundesstaaten sehr voneinander ab. Dies gilt sowohl betreffs der Anwendung des Rechtsgrundsatzes ne bis in idem, als betreffs der Ausübung von Zwang; Redner richtet deshalb an den Vertreter des Reichsjustizamts die Anfrage, ob ein Zwang nach dem Impfgesetz begründet sei. Ein solcher sei aber um so weniger gerechtfertigt, als der Schutz der Impfung nur 10 bis 12 Jahre ausreiche und somit eine absolute Immunisierung gegenüber den Pockenerkrankungen nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft nicht herbeigeführt werden könne. Von den Impffreunden wird als Hauptgrund für die Zwangsimpfung die Notwendigkeit eines Schutzes der Allgemeinheit gegen Pocken eingeführt; dann müßten aber konsequenter Weise alle die vielen in Deutschland sich aufhaltenden nicht geimpften Ausländer ebenfalls zwangsweise geimpft werden, da sie eine ständige Gefahr in bezug auf die Verbreitung von Pocken bilden.

Eine Kommission für die Beratung der Impffrage kann nur Sinn haben, wenn sie absolut paritätisch, d. h. in gleicher Zahl aus Impffreunden und Impfgegnern zusammengesetzt sei. Ministerialdirektor Dr. Kirchner ist nach seiner Aeußerung in der Petitionskommission auch kein grundsätzlicher Gegner einer Kommission; er sollte deshalb seinem guten Herzen einen Stoß geben

und für die Einsetzung einer paritätischen Kommission sorgen. Er braucht nicht zu fürchten, daß man mit den Hauptgegnern nicht erfolgreich zusammen arbeiten könne; denn bei objektiver Prüfung des Sachverhaltes werde voraussichtlich die Kommission manche Schroffheiten und Unrichtigkeiten auf beiden Seiten feststellen und bei gutem Willen sicher einen Weg finden, der voranführt. Die Einsetzung einer Kommission erkennen alle Parteien als notwendig an, sie sei auch von der rechten Seite des Hauses gefordert, allerdings keine paritätische. Redner hat deshalb auch zu dem Führer der Regierung, Ministerialdirektor Dr. Kirchner, das Vertrauen, daß er einer besseren Einsicht sich nicht verschließt und in dieser Hinsicht entgegenkommt. (Lebhafter Beifall.)

Abg. **Krahmer** (kons.) will nur den von seiner Partei gestellten Antrag begründen. Die Impffrage ist keine politische, sondern in erster Linie eine medizinische Frage; da aber sowohl unter den medizinischen Autoritäten wie innerhalb der Bevölkerung die verschiedensten Ansichten darüber herrschen, so sei es wohl nötig, die ganze Frage zunächst einer erneuten Prüfung zu unterziehen. Deshalb habe seine Partei den Antrag auf Einführung einer außerparlamentarischen Kommission eingebracht, um dadurch der Beunruhigung, die infolge von mancherlei Begleiterscheinungen des Impfzwanges in unserem Volke herrsche, zu beseitigen. Vor einer solchen erneuten Prüfung sei aber eine bestimmte Stellungnahme oder eine Entscheidung in der Sache selbst nicht möglich. (Bravo rechts.)

Abg. **Fischbeck** (fortschr. Volksp.) tritt ebenso wie seine Partei dafür ein, daß diese Frage durchaus objektiv behandelt werden möge, bezweifelt aber, daß dies vom Abg. Dr. Pfeiffer in allen seinen heutigen Darlegungen geschehen sei. Die Impffrage dürfe nicht vom Parteistandpunkt aus, noch viel weniger vom Standpunkt der politischen Wahlen erörtert werden. (Sehr richtig! links.) Es sei deshalb nur zu bedauern, wenn von gewissen Kreisen die Abstimmung bei den Wahlen, unter Hintansetzung aller großen politischen Gesichtspunkte schließlich davon abhängig gemacht werde, wie jemand sich zur Impffrage stellt. Anhänger und Gegner des Impfzwanges gibt es in allen politischen Parteien, konservativen wie liberalen; auch Bebel habe einen durchaus entgegengesetzten Standpunkt eingenommen als sein impfgegnerischer Parteigenosse Bock. Nur eine sehr kleine Minderheit innerhalb der fortschrittlichen Volkspartei sei den Impfgegnern zuzurechnen, ein anderer Teil wünsche die Einsetzung einer Kommission, der große Teil glaubt jedoch, daß sich unsere Impfgesetzgebung durchaus bewährt hat, und ist deshalb nicht geneigt, in irgendwelcher Beziehung an dieser Gesetzgebung rütteln zu lassen und damit die Segnungen zu gefährden, die sie uns gebracht hat. (Bravo! bei der fortschr. Volkspartei.) Er ist auch der Ansicht, daß die von anderer Seite geforderte Kommission nur vergebliche Arbeit leisten würde, ebenso wie diejenige im Jahre 1884, der auch drei Aerzte impfgegnerischer Richtung angehört haben. Alles damals von diesen vorgetragene Material habe vor einer ernsten wissenschaftlichen Kritik nicht standhalten können. Wollte man heute wieder eine Kommission einsetzen, so werde sicherlich keiner den anderen überzeugen; es genüge völlig, wenn alles Material der Gegenpartei von den zuständigen Medizinalbehörden ständig nachgeprüft werde. Würde man die „Gewissensklausel“ einführen, so sei das gleichbedeutend mit der Beseitigung des Impfgesetzes. Die Ansicht, daß der Mensch Herr seines Körpers sein müsse, trifft für die heutige soziale Zeit nicht mehr zu; denn der Mensch hat Rücksichten auf seine Mitmenschen zu nehmen und darf nicht eine Gefahr werden. Er ist für diese verpflichtet, sich den Schutzmitteln zu unterwerfen, die die Wissenschaft und auf Grund ihrer Ergebnisse die Gesetzgebung aufgestellt haben. Auch die Einführung einer Entschädigungspflicht erübrigt sich, weil, sofern wirklich Kunstfehler vorliegen, es einer Aenderung unserer Gesetzgebung gar nicht bedarf, da ohnehin schon eine Entschädigungspflicht gesetzlich besteht. Unglückliche Zwischenfälle können auch bei jeder anderen ärztlichen Operation oder Behandlung vorkommen. (Sehr richtig! bei fortschr. Volkspartei.) Deswegen werde sich doch kein Mensch auf den Standpunkt stellen, daß Operationen darum überhaupt vermieden werden müßten. Die Mehrheit der politischen Freunde des Redners ist deshalb der Meinung, daß das Impfgesetz sich bewährt hat; sie kann sich durch die impfgegnerische Agitation in dieser rein objektiven nüchternen Auffassung der Dinge nicht

beirren lassen und sich daher auch nicht dem Antrage der Kommission anschließen. (Bravo! links.)

Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. **Kirchner,** Ministerialdirektor: Als am 3. Mai 1911 der hohe Reichstag auf den mit überwiegender Mehrheit formulierten Vorschlag der Petitionskommission über die Petitionen der Impfgegner zur Tagesordnung überging, konnte ich nicht erwarten, daß schon in diesem Jahre, also nach 2½ Jahren, dieselbe Kommission zu genau dem entgegengesetzten Ergebnis kommen und die sämtlichen Petitionen der Impfgegner dem Bundesrat zur Berücksichtigung empfehlen würde. Ich habe mich gefragt: was ist denn eigentlich in diesen 2½ Jahren geschehen? Sind etwa Tausende von Kindern infolge der Impfung zu Grunde gegangen, oder haben wir in dieser Zeit in Deutschland eine große Pockenepidemie gehabt? Oder ist sonst etwas Bemerkenswertes geschehen? Es ist aber nichts derartiges geschehen, sondern der Zustand ist heute genau derselbe wie vor 2½ Jahren. Von seiten der Impfgegner wird die Behauptung verbreitet, das Reichsgesundheitsamt habe erklärt, die Pocken nehmen in Deutschland langsam, aber ständig zu; allein das Kaiserliche Gesundheitsamt hat eine solche Behauptung niemals aufgestellt, wohl aber habe ich in diesem hohen Hause gesagt, daß wir der Pockeneinschleppung durch die Saisonarbeiter aus Rußland größte Aufmerksamkeit zuwenden müssen, weil die Zahl der russischen Arbeiter, die mit Pocken behaftet zu uns kommen, von Jahr zu Jahr zunimmt. Die Pocken in Deutschland selbst aber haben nicht zu-, sondern sogar abgenommen. Im Jahre 1913 haben wir im ganzen Deutschen Reiche nur 90 Pockenerkrankungen mit 12 Todesfällen gehabt; das ist die niedrigste Zahl seit dem Jahre 1897. (Hört! hört! links.) Dieser beispiellos günstige Zustand kann unmöglich die Veranlassung dazu geben, den Beschluß, den der Reichstag vor 2½ Jahren gefaßt hat, wieder umzustoßen. Es ist aber etwas geschehen, was meine Person berührt, und deshalb müssen Sie mir schon gestatten, daß ich ein wenig von meiner eigenen Person spreche.

Nachdem ich im Jahre 1911 hier im Reichstage auf Ersuchen des Herrn Reichskanzlers gesprochen und meine Ansicht über den Wert der Impfung pflichtgemäß zur Geltung gebracht hatte, bin ich von Impfgegnern in der empörendsten Weise angegriffen worden. Drei Tage nach dem Beschluß des Reichstages hat Herr Prof. Molenar an Seine Majestät den Kaiser und König telegraphiert, daß ich hier gelogen hätte. (Lebhafte Rufe rechts und links: Hört! hört!) Ein gewisser Hugo Wegener in Frankfurt a. M., der sich an die Spitze der Impfgegner gestellt hat, hat zwei Broschüren veröffentlicht, in denen er meine Ehre in der rücksichtslosesten Weise angegriffen und urbi et orbi verkündet hat, daß ich ein oberflächlicher, unwissenschaftlicher und hartherziger Mensch sei, daß ich mit dem Schutzmannshelm in das Land ziehe, um die Kinder mit blondem Haar und blauen Augen gewaltsam durch die Impfung dem Tode zu überliefern. (Ruf: Pfui!) Diese immer wieder aufs neue vorgetragenen Anschuldigungen waren die Veranlassung der fabelhaften Verhetzung weiter Kreise des deutschen Volkes, die in den letzten 2½ Jahren zustande gekommen ist. Die Impfgegner sind soeben nachdrücklich verteidigt worden, und die Herren Abgg. Bock und Dr. Pfeiffer haben mir vorgeworfen, daß ich einen zu scharfen Ausdruck gebraucht habe. Ich habe im Jahre 1910 in der Petitionskommission gesagt und will das noch einmal wiederholen: Ich finde das Auftreten der Impfgegner unverständlich, ja fast verbrecherisch. Ich habe im Plenum des Reichstags auseinandergesetzt, wie ich zu diesem Ausdruck gekommen bin. Ich habe ausgeführt, daß durch fanatische Broschüren von Impfgegnern, die überall verbreitet werden, durch Plakate, die an den Anschlagsäulen angeschlagen werden, die Mütter verängstigt werden, weil sie veranlaßt werden, zu glauben, daß ihre Kinder sozusagen auf die Schlachtbank geführt werden, wenn sie geimpft werden sollen. Wir haben Beweise dafür, daß Impfgegner, besonders Herr Wegener, im Lande herumreisen und öffentlich agitatorische Reden halten, durch die die Bevölkerung aufgereizt und zum Widerstand gegen die Staatsgewalt hingerissen wird. Das ist z. B. in Plettenberg geschehen, wo infolge des Einflusses eines solchen Vortrags zahllose Leute die Impfung der Kinder verweigerten, und wo der Widerstand nur dadurch gebrochen werden konnte, daß der Landrat mit dem Kreisarzt an Ort und Stelle ging und persönlich auf die Leute einwirkte. Ich habe 1911 hier gesagt: Diejenigen, die in dieser

Weise die Bevölkerung gegen die Vorschriften des Staates aufhetzen, handeln sehr wenig richtig. Ich habe gesagt: das meine ich, wenn ich den Ausdruck „verbrecherisch" gebrauche — allerdings nicht verbrecherisch im rein menschlichen Sinne. Ich bitte doch eins zu erwägen: Die Mütter bringen ihre Kinder zur Impfung, der Staat läßt die Impfung umsonst ausführen, soweit er dazu in der Lage ist — wir sind ja nicht unfehlbar, wir sind ja keine Götter — die Impfung so ungefährlich zu gestalten, wie nur irgend möglich ist; nun kommen impfgegnerische Agitatoren und reden den Eltern ein: die Lymphe ist Dreck, die Impfung bringt akute Krankheiten und dauerndes Siechtum, gegen die Pocken schütze sie aber nicht. Die armen Mütter, die das hören, ohne von der Sache etwas zu verstehen, versuchen nun, ihre Kinder der Impfung zu entziehen, ja, sie werden dahin gebracht, wenn die Kinder dem Impfarzt vorgeführt werden sollen, sogar Widerstand gegen die Staatsgewalt zu leisten. Die Folge davon ist, daß manche Frauen, wenn der Impftermin kommt, ihre Kinder verstecken oder sie zu ihren Großeltern in eine andere Stadt senden und sie auf diese Weise ein, zwei und drei Jahre und länger der Impfung entziehen, daß sie irgendeinen als gefällig bekannten Arzt aufsuchen, der ihnen ein Attest schreibt und bescheinigt, daß das Kind nicht ohne Gefahr für Gesundheit und Leben geimpft werden kann. Der Herr Minister hat veranlaßt, daß von jedem einzelnen Fall, wo ein Kind zwangsweise zur Impfung geführt werden muß, Meldung erstattet werden muß. Nach dem vorliegenden Berichte ist im Jahre 1913 in Preußen die Anwendung körperlichen Zwanges bei der Impfung nur in einer verschwindend kleinen Zahl von Fällen notwendig gewesen. Es heißt im Gesetz, daß die Kinder geimpft werden müssen. Bestehen Zweifel über die Impffähigkeit der Kinder, so hat nach dem Gesetze der zuständige Impfarzt zu entscheiden. Wollen die Eltern das nicht freiwillig zugeben, so muß das Kind zwangsweise zum Impfarzt geführt werden, damit er entscheidet, ob das Kind geimpft werden kann oder nicht. Das ist gewiß nicht angenehm, aber was sollen wir denn machen, wenn die Eltern vernünftigem Zureden passiven Widerstand entgegensetzen? Wenn die Bevölkerung in dieser Weise aufgehetzt wird und sich nicht freiwillig zum Impfen entschließen kann, dann hört die Durchführung des ganzen Impfgesetzes auf. Diesen Ausdruck, daß die Impfgegner verbrecherisch handeln, hat man mir nun immer wieder vorgeworfen. Ich gebe zu, ich hätte mich ja vielleicht ebenso vorsichtig ausdrücken können, wie Herr Geh.-Rat Frhr. v. Zedlitz und Neukirch; aber das ist doch, glaube ich, kein ausreichender Grund dafür, um mich in dieser Weise vor dem ganzen deutschen Volke bloßzustellen. Lesen Sie den „Impfgegner" und die übrigen impfgegerischen Broschüren! In jeder Nummer, fast auf jeder Seite können Sie meinen Namen mit den tollsten Prädikaten lesen. Man hat sich natürlich die Frage vorgelegt, und auch mein Herr Minister hat mit mir darüber gesprochen, ob man nicht Klage einreichen sollte. Wir haben jedoch darauf verzichtet. Derartige Sachen richten sich selbst. Wenn jemand pflichtgemäß seine Ueberzeugung vertritt, so mögen die Leute über ihn reden, was sie wollen, er kann sagen: „Nescio, quid mihi magis farcimentum sit". Aber das muß ich feststellen: die Art, auf meine Person einzureden und mich öffentlich bloßzustellen, hat keinen anderen Zweck, als mich einzuschüchtern und zu veranlassen, meinen Widerstand aufzugeben, und hat auch den Zweck, die Reichsregierung einzuschüchtern. Wir werden uns aber zu einem Entgegenkommen nur entschließen, wenn ein vernünftiger Grund dazu vorhanden ist. Einschüchtern lassen wir uns nicht!

Nachdem Redner dann noch erwähnt hat, daß der Abg. Bebel im Jahre 1911 sich und die sozialdemokratische Partei nicht mit dem von sozialdemokratischen Impfgegnern gestellten Antrag identifiziert habe, ihm dies allerdings schlecht bekommen und er in einem Gedicht mit Schmutz beworfen sei, wendet er sich zur Sache selbst und fährt dann fort: Die Ausführungen des Abg. Bock haben mich außerordentlich enttäuscht; sie haben auch rein gar nichts Neues gebracht, sondern nur das, was vor drei Jahren hier vorgebracht ist. Ich habe damals ausgeführt, daß in früheren Jahren die Pocken auf der ganzen Erde, besonders in Deutschland so kolossal verbreitet waren und Tausende von Menschenleben gefordert haben, hauptsächlich Kinder im ersten und zweiten Lebensjahre. Diese Tatsachen sind unwidersprochen geblieben. Die Impfgegner haben allerdings gesagt, ich wollte damit den hohen Reichs-

tag nur bange machen; Bangemachen ist aber nicht meine Sache, sondern ich habe die Tatsachen berichtet, wie sie sind. Ich habe weiter darauf aufmerksam gemacht, daß an einer Reihe von schweren Infektionskrankheiten, vor allen an den Pocken, der einzelne Mensch in seinem Leben in der Regel nur einmal erkrankt, daß die Zahl der Personen, welche zweimal erkranken, verhältnismäßig sehr gering ist, und daß Erkrankungen eines Menschen zum dritten und vierten Male nur ganz verschwindend selten vorkommen. Die Impfgegner sagen: das ist Lüge, wer die Pocken einmal gehabt hat, bekommt sie immer wieder, er kann sie sogar sieben-, acht- oder neunmal bekommen. Wie kann man so etwas behaupten gegenüber einer wissenschaftlich einwandfrei festgestellten Tatsache? Allerdings, es gibt Ausnahmen von mehrfacher Erkrankung; derartige Fälle kommen aber sehr selten vor.

Ich habe weiter ausgeführt, daß die große Menge der Bevölkerung, die die Pockennot noch gekannt hat, sich gesagt hat, es muß etwas dagegen geschehen. Schon im 18. Jahrhundert war man dazu übergegangen, bei leichten Epidemien von Pocken die Kinder der Ansteckung auszusetzen. Das war die sogenannte Inokulation. Ende des 18. Jahrhunderts begann man auf ein anderes Impfverfahren zu sinnen, das auf der Beobachtung beruhte, daß Krankheiten, die beim Menschen außerordentlich schwer verlaufen, dadurch gemildert werden können, daß man die Menschen mit einem Gift impft, das von einer milder verlaufenden Tierkrankheit herrührt. Diese Beobachtung führte zur Schutzpockenimpfung, und ihre Einführung ist das unsterbliche Verdienst von Edward Jenner. Die Impfgegner behaupten, Edward Jenner sei kein Arzt, sondern ein großer Charlatan gewesen und habe sich nur Geld erschleichen wollen. Das ist nicht richtig! Die Impfung, die zuerst in England durchgeführt wurde, wurde bald auch nach Deutschland gebracht, wo sie durch Stromeyer und Heim zu Anfang des 19. Jahrhunderts eingeführt wurde. Sie hat sich allmählich überall eingebürgert, und die Folge davon war, daß die Pocken bei uns allmählich zurückgegangen sind. Redner demonstriert hierauf an aufgestellten großen Karten das stetige Ansteigen der Pockentodesfälle in Preußen bis zu den großen Kriegsjahren 1870/71, wo sie den Höhepunkt erreichten und die Veranlassung zum Erlaß des Impfgesetzes von 1874 bildeten. Seitdem sind sie aber, abgesehen von einer kleinen Steigerung im Jahre 1888 mit 1080 Fällen, als epidemische Krankheit auf Nimmerwiedersehen verschwunden. Dasselbe gilt betreffs des Verschwindens der Pocken in der preußischen Armee. Die Statistiken sind in dieser Hinsicht absolut einwandfrei.

Herr Wegener schreibt, es sei eine beliebte Lüge von uns, immer wieder zu behaupten, die deutsche Armee sei während des Krieges 1870/71 in Frankreich von den Pocken relativ verschont geblieben, weil sie besser geimpft war als die französische Armee. Als unsere Armee im Sommer 1870 nach Frankreich kam, begann dort gerade eine Pockenepidemie, die unter dem Einfluß der Kriegsläuften bald einen bedrohlichen Umfang annahm. Auch die französische Armee wurde davon sehr in Mitleidenschaft gezogen. Nach den mir von Prof. Dr. Calmette vom Institut Pasteur in Lille gemachten Mitteilungen liegen über die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle zwar kaum zuverlässige Angaben vor, es ist aber seitens des französischen Kriegsministeriums festgestellt worden, daß allein in Paris in der Zeit vom Juni 1870 bis März 1871 7416 Personen an Pocken gestorben sind, darunter 1074 von den Mannschaften der Besatzung. Aehnlich war es in den übrigen Garnisonen, z. B. in Metz, in Langres und sonst. Die Folge davon war, daß die französischen Gefangenen die Pocken nach Deutschland mitbrachten, wo diese gerade 1870 vor Beginn des Krieges sehr wenig verbreitet waren. Besonders in deren Orten, in denen französische Kriegsgefangene gewesen sind, sind nach deren Ankunft die Pocken in der Zivilbevölkerung zum Ausbruch gekommen, ein Beweis dafür, daß sie durch die französischen Kriegsgefangenen in Deutschland wenn nicht eingeschleppt, so doch jedenfalls in hohem Grade verstärkt worden sind. Diese Tatsache steht fest, daran kann nicht gerüttelt werden. Ebenso zutreffend ist meine von den Impfgegnern bemängelte Behauptung, daß Britisch-Ostindien einen schlechten Impfzustand hat, denn von 245 Millionen Menschen stehen nur 16 Millionen unter dem Impfgesetz; außerdem wird noch vielfach mit humanisierter Lymphe geimpft, da das Rind den Indern ein heiliges Tier ist und deshalb die Impfung mit Kälberlymphe verabscheut wird. Der „Impfgegner" hat auch selbst im Vorjahre mitgeteilt, daß

die Absicht, ein Impfgesetz dort einzuführen, gescheitert sei. Ebenso richtig ist meine Aeußerung, daß Japan ein gut geimpftes Land sei und man dort bis zum Jahre 1907 nur wenige Fälle von Pocken gehabt habe. Das Geschick hat es allerdings gewollt, daß dort im Jahre 1908 eine große Pockenepidemie mit 5888 Todesfällen ausgebrochen ist, die ich absichtlich verschwiegen haben soll, um den Reichstag irrezuführen. Diese Epidemie war jedoch von mangelhaft durchgeimpften Ländern eingeschleppt; dagegen sind 1909 nur 26, 1910 nur 13, 1911 nur 34 derartige Todesfälle vorgekommen, der beste Beweis, daß der Impfzustand ein durchaus anerkennenswerter ist. In England, wo seit dem Jahre 1853 die Impfung eingeführt ist, haben bekanntlich die Impfgegner im Jahre 1898 die Einführung der sogen. Gewissensklausel, wonach ein jedes Kind, dessen Vater vor dem Friedensrichter erklärt, daß er Gewissensbedenken gegen die Impfung habe, zeitlebens von der Impfung befreit wird. Im Jahre 1907 ist dann diese Erklärung des Vaters noch gegen früher erleichtert. Nun wird behauptet, daß die Pocken in England seitdem nicht zugenommen hätten, sondern nach wie vor wenig vorkämen. Tatsächlich sind aber hier 1896: 541, 1897: 25, 1898: 253, 1899: 174, 1900: 85, 1901: 350, 1902: 2264, 1903: 760, 1904: 587 Personen an Pocken gestorben; erst dann nahmen die Todesfälle allmählich ab, aber im Jahre 1911 sind allein in London noch 9 Todesfälle vorgekommen. Demgegenüber behaupten die Impfgegner, in Deutschland nehmen die Pocken immer zu, wir hätten es schon auf 600 Fälle gebracht, während es in England 1897 nur 10, 1907 nur 10, 1908 nur 12, 1909 nur 21 und 1910 nur 19 gewesen seien. Das ist eine der größten Unwahrheiten; denn es werden hier nicht nur die Zahlen der Erkrankungen in Deutschland mit den Zahlen der Todesfälle in England verglichen (Heiterkeit), sondern sogar die Zahl der Erkrankungen in Deutschland mit 2 multipliziert. So machen die Impfgegner Statistik. In den englischen Schutzgebieten liegen die Impfverhältnisse ähnlich wie in England selbst. In Australien, wo früher die Impfung verhältnismäßig gut geregelt war, ist im Jahre 1907 auch die Gewissensklausel eingeführt; die unerfreuliche Folge davon war die betrübende Tatsache, daß hier im Jahre 1912/13 eine der größten Pockenepidemien ausgebrochen ist, die es bis dahin dort gegeben hat. Auch in England werden wir infolge der Gewissensklausel vielleicht eine große Pockenepidemie erleben. — Nun wird von seiten der Impfgegner behauptet, daß wir in Deutschland immer wieder Pockenepidemien bekommen hätten, obwohl hier so viel geimpft worden sei und daß von den 129 000 Personen, die in Preußen in den Jahren 1871/73 gestorben sind, 97 % geimpft gewesen seien, ein Beweis dafür, daß die Impfung nichts nütze. In Preußen hat jedoch bis zum Erlaß des Reichsimpfgesetzes eine Zwangsimpfung nicht bestanden; die Leute konnten sich impfen lassen oder nicht. Wenn eine Pockenepidemie ausbrach, bekam die Bevölkerung Angst, dann ließ sich alles impfen; je längere Zeit aber seit einer Pockenepidemie vorüber war, um so weniger Kinder wurden geimpft. Es waren daher 1870 nicht 97 % geimpft, sondern in manchen Städten nicht einmal 30 %. Das ist der Grund dafür gewesen, daß die Pockenepidemie in den Jahren 1870 bis 1873 eine so große Ausdehnung genommen hat; sicherlich wäre sie noch größer gewesen, wenn wir die Impfung überhaupt nicht gehabt hätten. — Es ist ferner behauptet worden, in Oesterreich-Ungarn, wo keine Zwangsimpfung besteht, wären die Verhältnisse besser als bei uns; es sind hier aber erst in der letzten Zeit verhältnismäßig wenige Pockentodesfälle vorgekommen, während noch vor wenigen Jahren große Pockenepidemien geherrscht und die Bevölkerung dazu gebracht haben, daß sie sich in großer Ausdehnung impfen ließ. — In Italien besteht zwar seit 1902 ein Impfgesetz; wir wissen aber, daß namentlich in Süditalien die Impfung eine mangelhafte ist, und die Folge davon war, daß im vorigen Jahre in Palermo eine große Pockenepidemie geherrscht hat. Auch in der Schweiz, wo in einigen Kantonen die Schutzimpfung durchgeführt ist, in anderen nicht, ist, wie behauptet wird, die Zahl der Todesfälle an Pocken keineswegs geringer als bei uns; im Gegenteil, es sterben hier mehr Personen an Pocken als im Deutschen Reich.

Gegenüber der Behauptung, daß die Dauer des Impfschutzes eine zu kurze sei, habe ich auf Grund statistischer Feststellungen über die in den Jahren 1906 bis 1911 im Deutschen Reich vorgekommenen Pockenerkrankungen nachgewiesen, daß von ungeimpften Pockenkranken 35,6 %, von den einmal geimpften dagegen nur 8,5 % und von den geimpften und wiedergeimpften

nur 5,6 % gestorben sind (Hört! hört! rechts), jedenfalls ein Beweis, daß die Impfung etwas nützt. Man muß nur die Zahlen nicht bloß lesen, sondern sich auch in sie hineindenken. Verteilt man die an Pocken erkrankten und gestorbenen Personen auf die einzelnen Lebensalter, so sind von 108 unter einem Jahr alten Ungeimpften 55, von 56 im zweiten Lebensjahr stehenden 17, von 101 über 2 bis 10 Jahre alten Ungeimpften 27, von über 10 bis 20 Jahre alten Ungeimpften 27 gestorben. Dagegen starben von 117 über 3 bis 10 Jahre alten Geimpften nur 4, von 213 über 10 bis 20 Jahre alten nur 5, von 221 über 20 bis 30 Jahre alten nur 7, von 243 über 30 bis 40 Jahre alten Geimpften nur 16.

Daß die Schutzimpfung für das ganze Leben schütze, hat Jenner selbst nur vorübergehend geglaubt; schon der berühmte Hufeland hat gesagt, länger als 10 Jahre dauere in der Regel die Wirkung der Schutzpockenimpfung nicht an. Das ist aber gerade der Grund dafür, daß durch das Reichsimpfgesetz die Wiederimpfung eingeführt worden ist, um den allmählich abklingenden Pockenschutz wieder zu verstärken. Die Dauer der Schutzpockenwirkung ist individuell verschieden; sie kann schon nach 2, 3 oder 4 Jahren aufhören; es gibt aber auch Fälle — und das ist die überwiegende Mehrzahl — in denen sie 20 bis 30 Jahre anhält; und wenn Leute ordentlich geimpft und ordentlich wiedergeimpft worden sind, so kann es glücken, daß sie für das ganze Leben geschützt sind. Auch Leute, die die Pocken überstanden haben, können diese wieder bekommen; deshalb soll man sich aber nicht den Glauben an die Wirksamkeit erschüttern lassen. Wenn wir gegen andere Krankheiten wie Cholera, Pest usw. keine Schutzimpfung anwenden, so geschieht es nur, weil wir noch kein sicheres Mittel dazu besitzen; deswegen soll man uns doch nicht die Schutzpockenimpfung nehmen, die so offenbar Gutes wirkt!

Der Hauptvorwurf der Impfgegner ist nun der, daß durch die Impfung kolossal viele Schädigungen herbeigeführt werden. Die Sache verhält sich folgendermaßen: Die Schutzpockenimpfung ist die Uebertragung eines wenn auch schwachen Giftes. Wir wollen durch das Gift der Schutzpocken dem Menschen gegen das schwere Gift der Pocken schützen. Dadurch, daß wir das Gift der Kuhpocken dem Menschen einimpfen, entstehen in dem Körper des Menschen Schutzstoffe gegen die Pocken. Es ist natürlich, daß der Körper darauf etwas reagiert. Es bilden sich die Impfblattern, es entsteht ein leichtes Fieber, es entsteht etwas Unbehagen für ein paar Tage, schlechter Appetit. Das leugnen wir nicht. Gerade dadurch wird die Schutzwirkung herbeigeführt. Aber behaupten zu wollen, daß das Impfschädigungen sind, das ist doch nicht zulässig. Die Impfgegner machen es aber so: Sie schicken, wenn sie hören, daß ein geimpftes Kind sich nicht wohl befindet, einen Abgesandten hin; der kommt mit einem photographischen Apparat und phothographiert das Kind, und diese Photogramme werden verbreitet, in den Schaufenstern aufgehängt, damit die Bevölkerung in ihrem Glauben an die Impfung erschüttert wird. Es gibt allerdings eine Anzahl von Fällen, in denen sich an die Impfung schwerere Folgezustände anschließen. Es kommt zur Entzündung der Drüsen, zu einer stärkeren Anschwellung und Rötung in der Umgebung der Impfstellen, unter Umständen auch zu dem, was man als Wundrose bezeichnet, zu Eiterungen, die auch wohl zum Tode führen können. Nun darf man aber doch nicht sagen, wenn sich nach einem bestimmten Eingriff etwas ereignet, daß das unbedingt die Folge dieses Eingriffes ist; sondern man muß prüfen, wann und wo das eintritt. Wenn ein Kind geimpft und acht Tage später dem Impfarzt vorgeführt wird, und dieser nichts findet, wohl aber am 10. oder 11. Tage eine Eiterung zustande kommt, dann kann man doch nicht sagen, daß die Impfung daran schuld ist, sondern es sind andere Verhältnisse. Wir haben solche Beispiele. In einer Familie, wo ein Kind geimpft ist, wird die Großmutter oder der Onkel von einer Wundrose befallen; das Kind befindet sich in der Familie, wird angesteckt, bekommt die Wundrose und stirbt. Daran ist nicht die Impfung schuld! Oder aber es kommt bei einem Kinde, das mit anderen Kindern, die z. B. an Masern leiden, zusammen war, zu einem Ausbruch von Masern. Es wäre auch an Masern erkrankt, wenn es nicht geimpft worden wäre. Wer will nun die Impfung dafür beschuldigen, daß dieses Kind an Masern erkrankt ist! Die Impfgegner aber verfahren so. Sie rechnen alles zu den Impfschädigungen, was dem Kinde nach der Impfung zustößt. Die nachgeordneten Behörden sind angewiesen, daß sie über jeden Fall von Impfschädigungen — wahrer oder angenommener — an

uns berichten. Wir geben uns die Mühe, alle diese Nachrichten, die die Impfgegner uns mitteilen, genau zu verfolgen. Herr Wegener macht sich ein Vergnügen daraus, uns Arbeit zu machen. Er hat ausdrücklich in seinem Buch geschrieben, man müßte es mit uns so machen, wie man es mit einer Katze macht, die das Zimmer verunreinigt hat. Wie man die Katze mit der Nase in die Verunreinigung steckt, (Heiterkeit) so muß man die Behörden mit der Nase auf die Impfschäden stoßen. Abgesehen davon, daß das ein empörender Vergleich ist, (lebhafte Zustimmung) trifft er die Sache nicht. Wir sind fortwährend bemüht; unsere Kreisärzte, unsere Landräte, unsere Regierungspräsidenten lesen den „Impfgegner“, forschen den einzelnen Fällen nach, ohne eine Impfschädigung feststellen zu können. In seiner Ihnen allen zugesandten Schrift der „Impffriedhof“ hat Wegener, wie er sagt, 36000 Impfschädigungen zusammengetragen. Ich habe mir die Mühe genommen, die Mitteilungen über die 36000 Fälle an die betreffenden Behörden zu schicken, und gebeten, mir mitzuteilen, wie die Sache gewesen ist. Da habe ich z. B. über ein angeblich nach der Impfung jahrelang kränkelndes Kind erfahren, daß dieses trotzdem inzwischen 20 Jahre alt geworden ist und sich auf einem Schiffe hat anmustern lassen, um Seedienste zu nehmen. Auch bei den anderen Fällen habe ich gefunden, daß sie völlig kritiklos aus allen möglichen impfgegnerischen Blättern zusammengesucht worden sind, um den hohen Reichstag und das Volk in Schrecken zu setzen; es ist aber nicht geprüft worden, ob in jedem einzelnen Falle der Vorwurf berechtigt ist oder nicht. Daß von Impflingen jemand infolge der Impfung an Tuberkulose erkrankt ist, seit wir animalische Lymphe verwenden, ist unmöglich; denn die für die Gewinnung der Lymphe verwendeten Kälber werden durch Impfung mit Tuberkulin darauf geprüft, ob sie tuberkulös und vor Abgabe der Lymphe seziert sind. Findet sich bei einem Tier auch nur die Spur von Tuberkulose, wird die betreffende Lymphe verworfen. Ebenso ist eine Uebertragung der Syphilis, die früher bei Verwendung humaner Lymphen möglich war, jetzt ausgeschlossen. In der Schrift von Wegener wird ein Fall mitgeteilt, wonach ein Kind infolge der Impfung erblindet sei. Die Ermittelungen ergaben jedoch, daß es an hereditärer Syphilis erkrankt (Hört! hört!) und die Syphilis vom Vater auf sein Kind übertragen war. Trotzdem wird der Fall noch immer als Hauptschädigung weiter fortgeführt. Es ist allerdings richtig, daß vereinzelte Fälle vorkommen, wo durch die Impfung das Leben gefährdet wird, z. B. durch Uebertragung von frischem Pockenmaterial auf ein anderes an irgendeinem Hautausschlag leidendes nicht geimpftes Kind, das dann an allgemeiner Vakzine erkrankt und vorkommendenfalls auch stirbt. Solche herzzerreißenden Fälle sind jedoch glücklicherweise nicht viele und ich bin der letzte, der sie nicht beklagen wollte. Außerdem können sie verhütet werden, wenn die Eltern die Vorsichtsmaßregeln, die ihnen angegeben werden, beachten, wenn sie dafür sorgen, daß die gesunden Geschwister eines geimpften Kindes nicht mit diesem zusammen gebadet werden, nicht denselben Schwamm benutzen, nicht dieselben Hemdchen und Röckchen nehmen. In ganz wenigen Fällen kommt es auch vor, daß die Vakzinepusteln brandig werden. So etwas ist ein unglückliches Verhängnis, an dem jedoch die Impfung als solche nicht schuldig ist, sondern die unsorgsame Behandlung der Pusteln durch Auflegen von Fälke-Pflaster, also Pflaster von Lehm, Milch, Urin usw. Ich kann auch heute nur wiederholen: In der überwältigenden Mehrzahl der Impfungen kommen keine nachteiligen Folgen vor, in einer Anzahl von Impffällen kommen solche vor; dann ist jedoch fast niemals die Lymphe, fast niemals die Impfung schuld, sondern eine Vernachlässigung der Impfvorschriften. Deswegen dürfen wir uns aber nicht ins Bockshorn jagen lassen, wenn uns immer wieder gesagt wird, daß Tausende von Impfschädigungen vorkommen. Noch weniger ist der Vorwurf berechtigt, daß wir diese vertuschen; denn sie werden sowohl in den Mitteilungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts wie in unseren Berichten veröffentlicht. Jetzt behaupten zu wollen, daß mehr Impfschädigungen vorkommen, als wir zugeben, davon kann jedenfalls keine Rede sein. Wenn ich gesagt habe, daß das Treiben der Impfgegner verbrecherisch ist, so habe ich damit nicht sagen wollen, daß alle die Männer, die in dieser Beziehung anders denken, diesen Vorwurf verdienen. Jeder kann seine Ueberzeugung auch auf diesem Gebiete haben. Aber wenn einer in der Weise auftritt, agitiert und das Volk beunruhigt, wie dies von seiten der

Impfgegner durch Briefe, offene Flugschriften, Plakate usw. — Redner zeigt solche vor — geschieht, so kann das wirklich nicht gebilligt werden.

Seit 1911 ist nichts passiert, was unser Urteil ändern könnte; es ist inzwischen sogar manches besser geworden. Die Zahl der Pockenerkrankungen wie der der Impfschädigungen ist keineswegs größer, sondern im Gegenteil geringer geworden. Das Kaiserliche Gesundheitsamt, das über die Impfung zu wachen hat, ist durch den Reichsgesundheitsrat verstärkt worden, in dem die ersten Sachverständigen des Reiches vereinigt sind, um den Präsidenten des Kaiserlichen Gesundheitsamts in dieser Aufgabe zu unterstützen. Die Regierungen, namentlich die preußische, sind fortwährend bemüht, die Impfanstalten nach jeder Richtung hin zu verbessern; auch die Bestimmungen über den Dienstbetrieb in diesen Anstalten sind neu durchgearbeitet und verbessert. In diesem Jahre hat im Kaiserlichen Gesundheitsamt auch unter Zuziehung impfzwanggegnerischer Aerzte eine Beratung über die Ausführungsbestimmungen des Impfgesetzes stattgefunden. Sie sehen also: wir sind eifrigst dabei, diligentiam zu prästieren. Wir können ja leider nicht alles verhüten. Wir können aber unsere Pflicht tun, und ich behaupte, die verbündeten Regierungen tun auf dem Gebiete der Impfung nach jeder Richtung ihre Pflicht. (Bravo! rechts.) Wir haben uns auch die größte Mühe gegeben, den Pockenerreger zu suchen; es gibt sogar Herren, die der Ansicht sind, ihn schon gefunden zu haben. Stabsarzt Dr. Fornet z. B. glaubt, die Reinkultur schon gemacht zu haben. Ferner haben sowohl die Reichsregierung wie die preußische Regierung namhafte Summen in den Etat eingestellt, um die wissenschaftliche Forschung mit allem Nachdruck zu betreiben. Ich meine, es verdient Anerkennung, daß die Bundesregierungen die wissenschaftliche Forschung in der Weise unterstützen. Und nun, wo wir eifrig dabei sind, die Impfung nach jeder Richtung zu verbessern, wo die wissenschaftlichen Arbeiten schweben, um den Pockenerreger zu finden, da sollen wir plötzlich eine andere Richtung einschlagen? Da wollen Sie die Arbeiten, die wir mit Eifer und Hingebung in Angriff genommen haben, dadurch stören, daß Sie verlangen, wir sollen die Gewissensklausel einführen, die so furchtbar schädlich gewirkt hat, wir sollen eine Kommission einsetzen aus Impfgegnern und Impffreunden, von denen doch nur die wissenschaftlichen Forscher etwas von der Sache verstehen! Dann verlangen Sie, wir sollten Entschädigungen für die Impfschädigungen einführen, die wir doch in Abrede stellen. Ich frage bloß bezüglich der Entschädigungen: wohin soll das führen, wenn die Tausende und aber Tausende von Impfschädigungen, die von den Impfgegnern behauptet werden, einzeln geprüft werden sollen, wenn durch lange Prozesse festgestellt werden soll, ob es sich wirklich um eine Impfschädigung handelt oder nicht? Wer soll die Kosten tragen? Wer kann die Erbitterung, die im Volke entsteht, wenn eine Entschädigung verweigert wird, ausdenken? Allen diesen Anträgen stehen doch wirklich erhebliche Bedenken entgegen. Das einzige, worüber man sprechen kann, ist eine Kommission zur Prüfung der Impffrage. Wir haben eine solche Kommission im Jahre 1884 in Deutschland, im Jahre 1896 in Preußen gehabt; da waren aber Sachverständige in großer Mehrzahl dabei. Wenn Sie eine paritätische Kommission von Impfgegnern und -freunden einsetzen, wie soll da eine Einigung zustande kommen? (Heiterkeit.) Daß die Mitglieder der Kommisson sich aber einigen werden, ist sehr zweifelhaft. Haben Sie Vertrauen zu dem vom Reich eingesetzen Reichsgesundheitsrat, in denen Sachverständige sitzen; wenn dieser dann einige maßgebende Herren von den Impfgegnern hinzuzieht, dann wird auch etwas daraus werden.

Ueber die Frage des Impfzwanges wird der Herr Vertreter des Reichsjustizamtes noch etwas Genaueres sagen. Preußen stehe auf den Standpunkt, daß es als Landesregierung gezwungen sei, das Impfgesetz durchzuführen. Und wenn wir in Fällen, wo die Kinder ohne jeden Grund Jahr für Jahr der Impfung entzogen werden, sie dem Impfarzt vorführen lassen, so glauben wir nach den Entscheidungen der höchsten Gerichtshöfe und nach den Entscheidungen des Preußischen Oberverwaltungsgerichts hierzu nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht zu haben. Wir müssen es durchführen, und wir können es durchführen, weil wir der Ansicht sind, daß die Behauptung, es fänden kolossal viele Impfschädigungen statt, der Wahrheit nicht entspricht. Wenn Sie jetzt dazu übergingen, das Impfgesetz aufzuheben oder die Ge-

wissensklausel einzuführen, dann würden Sie das tun, was der berühmte Chirurg Lister gesagt hat: es ist ein „verdammungswürdiges Experiment“. Und durch dieses Experiment würden Sie unser Volk auf das äußerste gefährden. Wir sitzen rings umgeben von Völkern, die einen schlechten Impfzustand haben. In Rußland sterben z. B. jahraus, jahrein 36- bis 40000, ja sogar 50000 Menschen an Pocken, da hier nicht genug Aerzte sind, um die Impfung durchzuführen, sondern diese durch sogenannte Impfer ausgeführt wird, die ohne Vorbildung sind. In Belgien sind nach einer gemachten Mitteilung von den geimpften Kindern 75% ohne Impfschutz. Aehnlich ist es in Holland, ähnlich in Frankreich. Ringsum sind wir von Völkern umgeben, die einen schlechten und mangelhaften Impfzustend haben. Dabei stehen wir fortwährend auf der Wacht, damit wir nicht wieder einen Krieg bekommen und zwar möglicherweise nach zwei Fronten. Die Erfahrungen von 1870/71 führen eine beredte Sprache. Deshalb lassen sie uns das Bollwerk, das wir im Jahre 1874 gegen die Impfung errichtet haben, — ich beschwöre Sie — nicht durch diejenigen einreißen, die aus irgendwelchen Gründen dagegen anlaufen. Sie stehen hier als verantwortliche Vertreter Ihres Volkes; Sie haben Ihre Kinder und Ihre Mitbürger zu schützen! Wenn Sie jetzt die Regierung zwingen wollten, das Impfgesetz aufzuheben, dann würden Sie eine schwere Verantwortung auf sich nehmen. (Lebhafter Beifall rechts.)

Geh. Reg.-Rat Dr. **Zimmerle**: Kommissar des Bundesrats: Ueber die Frage, ob zur Durchführung des Impfgesetzes körperlicher Zwang angewandt werden darf, und ob Eltern, die ihre Kinder nicht zur Impfung bringen, wiederholt aus § 14 des Impfgesetzes gestraft werden können, liegen richterliche Entscheidungen vor. Was die letzte Frage betrifft, so hat sich die oberlandesgerichtliche Rechtsprechung fast durchweg dahin geäußert, daß eine wiederholte Bestrafung zulässig ist. Das Oberlandesgericht Düsseldorf, das früher einmal einen abweichenden Standpunkt eingenommen hat, hat in letzter Zeit diesen Standpunkt aufgegeben. Auch die Frage, ob körperlicher Zwang angewendet werden darf, ist für Preußen in konstanter Rechtsprechung des preußischen Oberverwaltungsgerichts bejaht. Ich selbst bin der Ansicht, daß das Impfgesetz zweifellos einen Befehl der Reichsgesetzgebung enthält und nach dem geimpft wird. Wenn dieser Befehl Sinn und Zweck haben soll, muß er auch durchgeführt werden. Die Durchführung dieses Befehls ist, da das Reich einen eigenen Verwaltungsapparat hierzu nicht besitzt, Sache der Bundesstaaten. Selbstverständlich wäre das Reich in der Lage gewesen, auch hierüber Bestimmungen zu treffen. Es konnte die Anwendung körperlichen Zwangs anordnen; dann wären auch solche Bundesstaaten, die an sich ihren Verwaltungsorganen die Anwendung körperlichen Zwangs nicht gestatten, verpflichtet gewesen, bei Vollzug des Impfbefehls Gewalt anzuwenden. Es hätte umgekehrt die Anwendung körperlichen Zwangs untersagt werden können; dann wäre in allen Staaten, auch in denjenigen, in denen an sich solcher Zwang zulässig ist, der Zwang in bezug auf das Impfgesetz ausgeschlossen. Wenn aber das Reichsgesetz weder das eine noch das andere sagt, so haben sich die zuständigen Organe der Landesbehörden nach denjenigen allgemeinen Vorschriften zu richten, die in ihrem Lande zur Durchführung von Gesetzesbefehlen bestehen. Das Impfgesetz enthält keine Bestimmung, die den Zwang anordnet oder ausschließt. Es wird allerdings behauptet, daß es die Anordnung körperlichen Zwanges habe ausschließen wollen; bei Auslegung eines Gesetzes kommt es aber nicht bloß darauf an, was das Gesetz gewollt hat, sondern vornehmlich, was es angeordnet hat. Es ist zwar zutreffend, daß der Entwurf des Impfgesetzes ursprünglich eine Bestimmung hatte, wonach zur Ausführung des Impfgesetzes Zwang angewendet werden sollte, und daß diese Bestimmung in der freien Kommission gestrichen worden ist; aus welchem Grunde läßt sich nicht mehr feststellen. Daraus kann aber nur das eine gefolgert werden, daß die Aufnahme einer solchen Vorschrift nicht beliebt wurde — mehr nicht. Die Frage ist sonach reichsrechtlich nicht geregelt; sie muß daher nach dem maßgebenden Landesrecht entschieden werden. Ist nach diesem körperlicher Zwang zulässig, so darf er auch zur Durchführung des Impfbefehls angewandt werden. Aus den Entscheidungen des preußischen Oberverwaltungsgerichts und den hier gegebenen Ausführungen über die Entstehungsgeschichte des Impfgesetzes ist übrigens zu ersehen, daß die zwangsweise Vorführung von Kindern als zulässige Maßnahme schon damals ins Auge gefaßt war; denn

trotzdem bereits die frühere Zwangsbestimmung im Gesetz gestrichen war, erklärte der Abg. Lasker, es sei zwar nicht zu billigen, daß Erwachsene zwangsweise zur Impfung gestellt werden; wenn man aber die zwangsweise Vorführung bei Minderjährigen gestatte, so sei dies deshalb gerechtfertigt, weil man annehme, daß diejenigen, denen sie zur Pflege empfohlen seien, ihrer Pflicht nicht genügten, und daß der Staat an die Stelle der Väter und Pfleger trete. Diesen Auslassungen gegenüber ist der Standpunkt, es habe bei Beratung des Impfgesetzes Einverständnis darüber bestanden, daß ein Zwang nicht ausgeübt werden dürfe, unverständlich. Vom Standpunkte des geltenden Rechts besteht hiernach keine Bestimmung, die es den Bundesstaaten verwehren würde, nach Maßgabe des in ihren Ländern geltenden Verwaltungsrechts auch in der Impffrage vorzugehen.

Abg. **Götting** (natlib.): Meine politischen Freunde können die Verantwortung dafür nicht übernehmen, daß in das heute geltende Recht, das ein wichtiges Bollwerk in der Hand der Behörden ist, um Deutschland gegen eine ganz gefährliche Seuche zu schützen, durch die Annahme der Kommissionsanträge die erste Bresche gelegt wird. Wenn die Anträge angenommeu werden sollten, wenn die Gewissensklausel eingeführt wird, und wenn eine Kommission, aus Impffreunden und Impfgegnern paritätisch zusammengesetzt, gebildet wird, dann wird damit nicht einem sachlich und wissenschaftlich begründeten Zweifel nachgegeben, sondern es wird einer großen Agitation in unserem Volke nachgegeben, die noch nicht die wissenschaftliche Stärke hinter sich hat, um an einem Zustande zu rütteln, den wir als einen guten und als den besten bei allen Kulturvölkern bezeichnen können. Wissenschaftliche Zweifel zu entscheiden, kann nur unsere deutsche Wissenschaft selbst mit ihrem Fortschritt, mit ihrem Suchen nach der Wahrheit. Die Vertreter unserer deutschen Wissenschaft sind allerdings nicht unfehlbar; es liegen aber keinerlei objektive Anzeichen vor, daß sie sich in der Grundlage des Impfgesetzes geirrt haben, weil der Erreger noch nicht erkannt ist. Wir müssen deshalb standhalten gegenüber der in unserem Volke aufgetretenen Erregung, standhalten in der Hoffnung, daß die deutsche medizinische Wissenschaft, auch die beamtete medizinische Wissenschaft, die wir in unserem Reichsgesundheitsamt und in dem ihm behilflichen Reichsgesundheitsrat an der Arbeit sehen, die große Menge von Stoff, die seitens der Impfgegner beigebracht wird, dazu benutzen, die Untersuchungen immer gründlicher zu gestalten.

Wir müssen auch dem Herrn Vertreter der Reichsregierung recht geben, wenn er betont, daß seit 1911 und seit den früheren Zeiten, wo der Reichstag über dergleichen Zweifelsanträge immer zur Tagesordnung übergegangen ist, etwas Objektives, was diese Meinung erschüttern könnte, doch wirklich nicht eingetreten ist. (Sehr richtig! bei den Nationalliberalen.) Im Gegenteil, ich glaube, die Schilderung, die wir hier gehört haben, weist den Grad wissenschaftlicher Tiefe und wissenschaftlicher Begründung auf, den wir als dem Irrtum unterworfenen Menschen überhaupt nur verlangen können; sie nähert sich so sehr der Wahrheit, wie das heute möglich ist. Und wenn die Gegner sagen: ihr könnt ja nicht beweisen, daß eine absolute Wirkung der Beseitigung eingetreten ist, so muß ich erwidern: das liegt an der menschlichen Unvollkommenheit. Die Annäherung an das Absolute, die auf der vorgelegten Tabelle hier zum Ausdruck kommt, muß uns als Grundlage wissenschaftlich anerkannter Wahrheit so lange genügen, bis wirklich wissenschaftliche Forschungen auf wissenschaftlichem Wege in deutscher Gründlichkeit und deutscher Art uns zu einer anderen Ansicht bekehren. Angesichts des gesteigerten Fanatismus der Meinungen der Gegner haben wir von einer Kommissionsberatung keinen Erfolg zu erhoffen. Die Folge wird im Gegenteil Vermehrung der Unruhe und des Streites und eine Störung der ruhigen wissenschaftlichen Forschung sein. Nur in bezug auf die Frage einer Entschädigung sind wir dafür zu haben, daß eine solche seitens des Reichs eingeführt würde für diejenigen Schädigungen, die wirklich infolge der vom Reiche in seinem Interesse angeordneten Impfungen eintreten. Die Frage ist aber zur Zeit noch nicht spruchreif; es kann ihr erst dann näher getreten werden, wenn der schwer nachzuweisende Kausalnexus auch wissenschaftlich mehr klargestellt ist. Die großen Erfolge, die wir gegenüber anderen Ländern gehabt haben, sollen uns doch darin bestärken, daß unser Standpunkt richtig ist, auch richtiger als die Anschauungen aller uns umgebenden Völker. Wir brauchen nur an die Zeit

vor 1870 zurückzudenken, was herrschte damals für ein Schrecken wegen einer Einschleppung der Blattern, während jetzt kein Mensch mehr ängstlich ist, wenn einmal ein Pockenfall eingeschleppt wird, da er weiß, daß die ganze Bevölkerung durch die Schutzpockenimpfung immun gemacht ist. Wer will da die Verantwortung übernehmen, dieses Bollwerk gegen die gefährliche, die ausländische Bevölkerung dezimierende und verunstaltende Volksseuche auch nur zu schwächen? Jede Durchlöcherung und Rüttelung an diesem Bollwerk gegen das Ausland muß vermieden werden. Das Impfgesetz darf auch keine lex imperfecta bleiben, sondern es muß mit denjenigen Mitteln, die sonst dem Staate zu Gebote stehen, im Interesse der Gesamtheit und zum Schutz der Gesamtheit auch mit Schädigung des Einzelwohles durchgesetzt werden, soweit wirklich das Wohl der Gesamtheit es erfordert. Wir wollen deshalb den geltenden Rechtszustand aufrecht erhalten und nicht der aufgeregten Meinung im Volke weichen, sondern so lange feststehen bei dem bewährten Schutz unseres Reiches, bis uns auf objektiver wissenschaftlicher Grundlage ein wirklicher Zweifel, der die Abänderung notwendig macht, durch die Wissenschaft selbst gegeben wird. (Bravo! bei den Nationalliberalen.)

Abg. Freiherr v. Schele (Welfe): Wenn es sich hier auch nicht um eine Parteisache handelt, so handelt es sich doch um eine hochernste Sache, mit der die ganze Volksgesundheit zusammenhängt. Aus der vom Vertreter der Reichsregierung vorgelegten Statistik könne man auch zu ganz anderen Schlüssen kommen. In Preußen besteht z. B. bereits seit 1822 der Impfzwang, trotzdem hat er wenig geholfen; denn die Pocken sind 1870/71 auch in Gegenden ausgebrochen, wo weder französische Gefangene noch sonstiges französisches Militär hingekommen ist. Mit den Pockenepidemien verhält es sich wie bei allen anderen Epidemien, sie erlöschen ebenso wie diese auch ohne Schutzimpfung. Jedenfalls entspricht die Handhabung des Gesetzes nicht dem Willen der Gesetzgeber, deshalb sind auch die wissenschaftlichen Darlegungen des heutigen Vertreters des Reichsjustizamts zu bedauern; denn das wäre doch eine ganz neue Rechtsauffassung, wenn wir uns nicht mehr darauf beziehen sollten, was der Gesetzgeber gewollt hat. Schon um diesen Punkt klar zu stellen, ist es dringend notwendig, daß eine außerparlamentarische, paritätische Kommission zusammentritt. M. E. ist die zwangsweise Vorführung von Eltern oder Kindern unmoralisch. Im übrigen verstehe ich es, wenn der Herr Vertreter des Reichsgesundheitsamts, der hier sehr scharf und größtenteils ungerecht angegriffen worden ist, dagegen scharfe Worte gebraucht hat; wenn er aber nur die Vertreter der Impffreunde als solche bezeichnet, die etwas von der Sache verstehen, so hat er Unrecht; denn die gegnerische Seite verfügt über mindestens ebenso viel Autoritäten wie die andere. Erstrebenswert ist der Erlaß von Ausführungsbestimmungen, die mit dem Gesetz in Einklang sind, wodurch die Zwangsimpfung aufgehoben wird, ferner die Einführung einer Gewissensklausel, wie sie in England gebräuchlich ist. Das Impfschädigungen vorkommen, wird von keiner Seite bestritten; sie finden aber in viel höherem Maße statt, als man allgemein annimmt. Durch die Impfung wird der Körper vorübergehend geschwächt, deshalb ist es auch verkehrt, wenn die Rekruten bei ihrer Einstellung, wo sie großen körperlichen Anstrengungen ausgesetzt sind, geimpft werden. Daß in dem letzten Jahrhundert Skrofulose, Tuberkulose, Krebs, Diphtherie und dergleichen sehr zugenommen haben, unterliegt keinem Zweifel; auch ist dies auf die Impfung zu schieben. Die Impffreunde sagen, das sei undenkbar; wissenschaftlich nachweisen können sie es allerdings ebenso wenig wie ich. Die Wissenschaft, besonders die medizinische, ist überhaupt sehr wechselnd (sehr richtig!); deshalb ist es ganz berechtigt, wenn weiter geforscht wird, und zwar ganz allgemein, wozu eine Kommission am besten in der Lage ist. Die Frage könne nicht mit Schlagworten und Redensarten zu Ende gebracht werden, sondern nur durch genaue Prüfung und wissenschaftliche Feststellung. Wenn ein großer Teil des Volkes, sich gegen die Zwangsimpfung erklärt, könne sie in der Form, wie sie bis jetzt bestanden hat, nicht weiter aufrecht erhalten bleiben. (Sehr richtig! und Bravo!)

Abg. **Thiele** (Soz.): Herr Ministerialdirektor Dr. Kirchner hat nach seinem gestrigen Auftreten jedes Anrecht verloren, sich über den wüsten Ton seiner Gegner aufzuhalten. Diese Gegner sind Privatleute, die, wenn sie sich im Ton vergreifen, strafrechtlich verfolgt werden können; er ist aber Beamter

und steht an der Spitze einer großen und wichtigen Regierungsabteilung, um so mehr hätte er größere Leidenschaftslosigkeit und Objektivität in seinem Auftreten wahren müssen. Fast könnte man dadurch zu dem Glauben kommen, als ob er selbst nicht so recht von der Vortrefflichkeit der Zwangsimpfung überzeugt wäre. Er hat von fabelhaften Verhetzungen, Verleumdungen. Aufhetzungen gegen die Staatsgewalt gesprochen; er hat wiederholt mit sehr starker Betonung hervorgehoben, daß er pflichtgemäß nach seiner Ueberzeugung hier auftrete; da möchte ich ihn doch bitten, auch seinen Gegnern eine pflichtgemäße Ueberzeugung zuzutrauen und dementsprechend sie zu behandeln. Alles, was in den letzten zwei Jahren in der Impffrage ermittelt ist, hat er einfach ignoriert, obwohl seit 1911 sehr vieles geschehen ist, und wer wach gewesen ist und nicht im medizinischen Unfehlbarkeitswahn verharrt, hätte daraus einiges lernen müssen. Noch gefährlicher und schwieriger zu bekämpfen und zu besiegen ist aber die medizinische Orthodoxie. Nach den vorgezeigten Tabellen könnte man einen durchschlagenden Beweis für die segensreiche Wirksamkeit der Impfung finden; wenn man sich aber vergegenwärtigt, daß bei der Einführung der Zwangsimpfung doch nicht alle Menschen auf einmal geimpft werden, sondern nur die kleinen Kinder, somit die große Masse der ungeimpften Leute weiter vorhanden war, dann wird das plötzliche Verschwinden der Pockentodesfälle nicht in der Zwangsimpfung gefunden werden können. Wir haben auch das gute Recht zu fordern, daß wir erst einmal das Material, aus dem die Regierung ihre Schlüsse zieht, durch unsere Vertrauensleute auf seine Richtigkeit nachprüfen lassen. Wenn eine private Gesellschaft, ein privater Verein sich im Material irren, sie infolgedessen zu Fehlschlüssen gelangen, so ist das unangenehm, aber begreiflich. Von einer amtlichen Stelle, von einer so hohen und wichtigen amtlichen Stelle, wie es das Reichsgesundheitsamt ist, und in einer so wichtigen Frage, wie es die Impffrage ist, sollte man dagegen wohl annehmen dürfen, daß sie nichts vertritt, weder durch Wort noch durch Schrift, was nicht hieb- und stichfest ist. Das aber ist bei dem Material des Regierungsvertreters bei weitem nicht der Fall. Ich gehöre auch zu den als verbrecherisch, unvernünftig hingestellten Impfgegnern, bei denen aber mehr Vernunft als auf der anderen Seite zu finden ist; denn die Meinung, daß ein Organismus durch die Einspritzung eines Giftes der Ansteckungsgefahr enthoben wird, widerspricht der Vernunft. Die ganze Natur bietet kein Analogon für die Richtigkeit der Impftheorie. Man soll den Körper gesund erhalten, dann wird der Mensch nicht so leicht pockenkrank werden. Jedenfalls bilden die Pocken schon längst nicht mehr die Gefahr wie früher; desgleichen ist es kurzsichtig und ungerecht, von vornherein jeden Zweifel an der Segnung des Impfens von der Hand zu weisen. Auch Bebel war wohl ein Freund des Impfens, aber nicht ein Anhänger der Zwangsimpfung; er gönnte außerdem auch den anderen ihre Ueberzeugung. Unwidersprochen ist es, daß Gefahren bestehen und daß die Regierung eine gefahrlose Lymphe nicht liefern kann. Daß sich diese bemüht, alle Vorkehrungen zu treffen, um die Impfschäden nach Kräften zu verhindern, genügt aber nicht, insbesondere darf man unter diesen Umständen keinen Zwang anwenden, auch wenn er nur in acht Fällen nötig gewesen ist. Die Forderung einer paritätischen Kommission ist durchaus berechtigt, durchführbar und keineswegs zwecklos; sie muß eingesetzt werden, damit endlich einmal Klarheit geschaffen wird, jeder das Für und Wider vernimmt und sich ein Urteil bilden kann. Die Gewissensklausel wird von dem Regierungsvertreter als ein „verdammungswürdiges Experiment" bezeichnet, gleichwohl hat die Mehrheit der Kommission beschlossen, dieses „verdammungswürdige Experiment" der Regierung zur Berücksichtigung zu empfehlen; vielleicht ist dies ein Anlaß für Herrn Geheimrat Kirchner, künftig in seinen Ausführungen vorsichtiger zu sein. Es ist kurzsichtig, die Gewissensklausel verweigern zu wollen, trotzdem man zugibt, daß Impfschäden unvermeidlich sind, trotzdem sie in England und Holland eingeführt ist. Auch die Entschädigung ist durchführbar und berechtigt, ebenso wie sie bei den Viehseuchen gewährt wird. Was endlich von dem Vertreter des Reichsgesundheitsamts in bezug auf die Berechtigung des polizeilichen Impfzwanges gesagt ist, ist noch weniger haltbar und verständlich. Die rechtliche Seite, die von den Impfgegnern mit vollem Recht neuerdings in den Vordergrund ihrer Proteste geschoben worden ist, bleibt somit nach wie vor ungeklärt. Dasselbe gilt betreffs der Dauer des Impfschutzes, für

dessen Feststellung es überhaupt keine wissenschaftliche Mode gibt. Um so notwendiger ist es, daß dem Wunsche auf Einführung einer paritätischen Kommission zur Prüfung der rechtlichen und der wissenschaftlichen Grundlagen des Gesetzes Rechnung getragen wird. Wer leidenschaftslos der ganzen Sache gegenübersteht, und wer sich hier im Hause seiner Pflicht bewußt ist, bei solchen außerhalb des Rahmens aller Fraktionspolitik stehenden Fragen auch dem Recht der Minderheit Gehör zu schenken, wer sich nur etwas Gerechtigkeit und Objektivität bewahrt hat, der kann gar nicht anders als für den Beschluß der Petitionskommission stimmen; denn es handelt sich nicht darum, daß wir heute den Impfzwang aufheben, sondern es soll nur untersucht werden, ob der Impfzwang notwendig, nützlich und vom Gesetzgeber gewollt ist. (Bravo! bei den Sozialdemokraten.)

Wirkl. Geh. Ob.-Reg.-Rat Dr. **Bumm,** Präsident des Kaiserlichen Gesundheitsamts: Einige gestern gefallenen Aeußerungen könnten so gedeutet werden, als ob das Kaiserliche Gesundheitsamt selbst nicht mehr voll und ganz auf dem Boden des Impfgesetzes stünde. Dasselbe ist aber nach wie vor der Anschauung, daß das Impfgesetz als ein bewährter Schutzwall gegen die schrecklichen Gefahren und Schäden zu betrachten ist, die in früheren Zeiten die Pockenseuche über Land und Leute in Deutschland gebracht hat. Deswegen, weil das Reichsimpfgesetz eine Bestimmung über die zwangsweise Ausführung der Impfung unter Anwendung körperlichen Zwanges nicht enthält, ist die Anwendung polizeilichen Zwanges lange noch nicht unzulässig oder ungesetzlich. Die Bundesregierungen haben die Pflicht, die Reichsgesetze mit allen ihnen zugebote stehenden Mitteln auszuführen, nicht bloß mit den Mitteln, die ihnen das Reichsrecht bietet, sondern auch mit allen denjenigen Mitteln, die ihnen ihre Landesgesetze an die Hand geben. Das Reichsimpfgesetz enthält in seinen Bestimmungen kein Verbot der Anwendung polizeilichen Zwanges; es schweigt sich über diese Frage vollständig aus. Infolgedessen können die Landesregierungen, wie bei jedem anderen Reichsgesetz, so auch beim Reichsimpfgesetz die Durchführung erzwingen, nicht bloß mit den Mitteln, die ihnen das Reichsimpfgesetz selbst bietet, sondern auch mit den Mitteln, die sie kraft Landesrecht anwenden dürfen. Das Preußische Oberverwaltungsgericht hat die Frage, ob körperlicher Zwang bei der Impfung nach preußischem Recht zulässig ist, wiederholt ernstlich und eingehend geprüft und ist stets zu der Ueberzeugung gekommen, daß in Preußen landesrechtlich die Anwendung von Zwang zur Durchführung der Impfung statthaft ist, und daß das Reichsimpfgesetz keine entgegenstehende Bestimmung enthält. Eine Aeußerung des Abg. Loewe bei den seinerzeitigen Reichstagsverhandlungen kann allerdings in dem Sinne gedeutet werden, daß das Reichsimpfgesetz den polizeilichen Zwang habe ausschließen wollen; aus einer bereits vorher von anderer Seite erwähnten Aeußerung des Abg. Lasker geht aber hervor, daß dieser umgekehrt die zwangsweise Vorführung Minderjähriger ausdrücklich gebilligt hat. Jedenfalls kann man mit der Aeußerung eines einzigen Abgeordneten nicht den Nachweis erbringen, es decke sich die Absicht des Gesetzes mit denjenigen Aeußerungen, die gerade dieser Abgeordnete dazu gemacht hat. Eine zwangsweise Vornahme der Impfung ist zweifellos unerwünscht; gerade diese Fälle führen den Impfgegnern die meisten Freunde zu; deswegen müssen die Behörden, bevor sie zur Anwendung körperlichen Zwanges schreiten, mit allen anderen zugebote stehenden Mitteln versuchen, die Eltern dazu zu bringen, daß sie ihre Kinder freiwillig der Impfung unterwerfen. Die Behörden müssen versuchen, durch Erteilung guten Rates, durch Beibringung besserer Ueberzeugung, durch Vorführung von Vernunftsgründen auf die Eltern und auf die Vertrauensleute der Eltern einzuwirken, was allerdings durch die Agitation der Impfgegner oft sehr schwer gemacht wird. Gelingt dies aber nicht, dann ist mit Strafen gegen die Eltern vorzugehen. Als ultimum refugium bleibt dann leider in manchen Fällen nichts anderes übrig als die Impfung unter Anwendung polizeilicher Gewalt zu erzwingen. — Die Ansicht des Abg. Thiele, daß, wenn feststehe, daß infolge der Impfung Gesundheitsschädigungen eintreten, dann eine polizeiliche Erzwingung der Impfung nicht mehr gestattet sein könne, kann ich nicht als richtig anerkennen. Bei vielen durch Gesetze vorgeschriebenen Maßregeln muß mit der Möglichkeit von Schädigungen des einzelnen gerechnet werden. Wieviele Krankheiten, unter Umständen sogar Todesfälle bringt z. B. die Schulpflicht der Kinder mit sich? Soll man deshalb von dem polizeilichen

Zwang des Schulbesuches absehen? Wieviel Menschen verunglücken bedauerlicherweise während ihrer Militärdienstzeit? Sollte man deshalb die militärische Dienstpflicht abschaffen? Es kommt bei derartigen polizeilichen Zwangsmaßregeln lediglich darauf an, alle Vorsichtsmaßregeln zu treffen, die, soweit es menschenmöglich ist, Gesundheitsschädigungen ausschließen. Damit nach dieser Richtung hin bei der Vornahme von Zwangsimpfungen jede Sorgfalt gewahrt wird, hat der Herr Reichskanzler ausdrücklich in einem Schreiben vom 7. Januar 1911 ausgesprochen, daß von dem äußersten Mittel, dem polizeilichen Zwang nur Gebrauch gemacht werden soll, wenn sich böswilliger Widerstand gegen die Impfung in anderer Weise nicht überwinden läßt. Es ist ferner in einem Rundschreiben des Herrn Reichskanzlers an alle Bundesregierungen vom gleichen Tage ausdrücklich das Ersuchen ausgesprochen worden, daß über jeden Fall zwangsweiser Impfung im Reiche berichtet werde, damit die Zentralbehörden in der Lage sind, zu untersuchen, ob jeweils vor Anwendung des Zwangsmittels auch alles versucht ist. — Was die Behauptung des Dr. Kupferberg betrifft, daß die Statistiken des Kaiserlichen Gesundheitsamts als nicht ganz einwandfrei seien, so erstreckt sich diese nur auf die Statistiken vor 1870, weil diese nicht nach Altersgruppen unterschieden seien; ein solcher Unterschied war aber auch damals gar nicht möglich, weil er in dem Urmaterial nicht gemacht war. Er ist auch nicht von ausschlaggebender Bedeutung; in den letzten 25 Jahren ist er aber gemacht.

Mit dem gestern vom Abg. Pfeiffer erwähnten Zeitungsartikel hat das Kaiserliche Gesundheitsamt nichts zu tun; aber selbst wenn es der Fall wäre — ist es denn so ein großes Verbrechen, wenn die Freunde der Impfung auch ihrerseits Artikel in die Zeitungen bringen und zur Verteidigung des Gesetzes auf diese Weise beitragen zu sollen glauben? Verwenden nicht auch auf der anderen Seite die Impfgegner in weitgehendstem Maße Tagespresse, Fachpresse und Zeitschriften für ihre Zwecke? (Sehr richtig! bei den Nationalliberalen.) Das Kaiserliche Gesundheitsamt kann jede Verbreitung vernünftiger Aufsätze, die für die Aufrechterhaltung des Impfgesetzes eintreten, nur mit Freude begrüßen und nur Genugtuung empfinden, wenn ein derartiges Verteidigen des Gesetzes stattfindet.

Der Abg. Bock hat weiter den Aerzten wieder den von Impfgegnern schon öfter erhobenen Vorwurf gemacht, daß sie bei dem Eintreten für den Impfzwang in gewissem Grade auch von pekuniären Rücksichten sich leiten ließen. Ich muß ganz entschieden die deutschen Aerzte gegen einen derartigen kränkenden Vorwurf, wenn er erhoben sein sollte, in Schutz nehmen. (Bravo! rechts und im Zentrum.) Für die Aerzte spielt die geringe Einnahme aus den Impfungen eine verschwindend kleine Rolle gegenüber ihrem übrigen Berufseinkommen. Die Aerzte würden, wenn sie den Geldbeutel bei der Sache bestimmend sein lassen wollten, eher für die Aufhebung des Impfzwanges eintreten müssen; denn dann würden sie wieder mehr Pockenkranke und mehr Pockenverdächtige zu behandeln haben, als in Zeiten des Impfzwanges. (Heiterkeit.)

In Preußen war allerdings auf administrativem Wege die Impfung schon vor 1870 angeordnet, sie hat jedoch keine sehr strenge Ausführung erfahren. Jedenfalls war aber die Wiederimpfung, der in erster Linie ein ganz gewaltiger Anteil an dem Rückgang der Pocken zuzuschreiben ist, damals noch nicht angeordnet. Daß die Pockensterblichkeit nach 1874 so schnell gefallen ist, verdanken wir auch dem Umstand, daß infolge der schweren Pockenepidemien eine Durchimpfung fast der ganzen Bevölkerung stattgefunden hat. — Nach der Gewissensklausel soll derjenige, der nach bestem Wissen und Gewissen die Impfung für gesundheitsschädlich oder für wirkungslos hält, von dem Zwang befreit werden, sich oder seine Kinder impfen zu lassen. Eine Wohltat soll man allerdings niemand aufzwingen; dieser Grundsatz hat aber nur dann seine Berechtigung, wenn der Schaden, der durch die Nichtanwendung eines an sich zweifellos bewährten Schutzmittels herbeigeführt wird, nur den Betreffenden oder seine Familie allein trifft und nicht zugleich die übrige Bevölkerung. Durch Einführung der Gewissensklausel wird nun zweifellos die Zahl der Nichtgeimpften viel geringer und infolgedessen die Gefahr einer Verbreitung der Pocken steigen, da die Durchimpfung der Bevölkerung gewaltige Lücken erleidet. Ein klassisches Beispiel dafür ist England, wo im Jahre 1898 die Gewissensklausel eingeführt ist. Dort betrug

anfangs die Zahl der ungeimpft gebliebenen Personen 5,8%, sie ist bis zum Jahre 1910 auf 28% gestiegen und wenn nun dazu die wegen Krankheit usw. zurückgestellten oder ungeimpft gebliebenen Kinder rechnet, dürfte sich diese Ziffer auf 40% erhöhen. Auch die Ansicht, daß England trotz der Gewissensklausel von den Pocken verschont geblieben sei, ist nicht zutreffend; denn im Jahre 1902, also vier Jahre nach ihrer Einführung hat dort eine große Pockenepidemie geherrscht. Wenn neuerdings in England die Pocken sich selten gezeigt haben, so muß seine günstige insulare Lage in Betracht gezogen werden. Daß übrigens die Ueberzeugung von der Nutzlosigkeit der Impfung keine sehr tiefsitzende und keine sehr ernste — wenigstens bei der großen Masse der Bevölkerung — ist, das ergibt sich daraus, daß an den Orten, wo die Pocken hier und da wieder einmal mit ihrem Schrecken und Elend ausbrechen und eine größere Anzahl von Personen erfassen, die Gewissenstimme sofort zurückzutreten pflegt und die Einwohner eilig und gerne sich der Impfung unterziehen. Bei der im Jahre 1907 in Metz ausgebrochenen Pockenepidemie, die großen wirtschaftlichen Schaden im Gefolge gehabt hat, machte die Bevölkerung von der Gelegenheit, sich impfen zu lassen, allgemein Gebrauch; die Folge dieser ohne Zwang erwirkten Durchimpfung der ganzen Bevölkerung war, daß kein Fall an Pocken mehr vorgekommen ist. Von Aberglauben, wie der Abg. Thiele mir zurief, kann man da wohl nicht sprechen. Solche Fälle des Auftretens der Pocken in größerem Umfange müßten sich die Herren Abgeordneten einmal an Ort und Stelle ansehen, um sich davon zu überzeugen, wie schnell die Meinung, die Impfung sei ohne jede Wirkung und bringe keinen Schutz, verschwindet, wie schnell bei nahender Pockengefahr das Vertrauen zur Impfung wieder wächst. Auch Rudolf Virchow hat sich s. Z. bei Gelegenheit der Huxleyfeier im Jahre 1902 gegen die Gewissensklausel ausgesprochen. Entweder müsse man die Impfung freigeben oder zwangsweise einführen; ihre Ausführung aber von jedermanns Gewissen abhängig machen, wie das in England geschehe, erscheine einfach lächerlich. Bei der Behandlung ansteckender Krankheiten und den gegen sie zu treffenden Maßregeln könne nicht das Recht des Individuums, sondern nur das Recht des allgemeinen Wohles entscheiden. (Sehr richtig! rechts.)

Was endlich die Anregung der Einberufung einer Kommission zum Studium der Impffrage betrifft, so hat eine solche keinen Zweck, da dem Kaiserlichen Gesundheitsamt ein Reichsgesundheitsrat beigegeben ist, der aus hervorragenden Männern der Wissenschaft und der Praxis aus dem ganzen deutschen Vaterland zusammengesetzt ist und in dem auch ein besonderer Ausschuß für Pocken gebildet ist. Dieser Ausschuß ist am 26., 27. und 28. Februar d. J. versammelt gewesen, um die Ausführungsbestimmungen zu dem Impfgesetz daraufhin prüfen zu lassen, inwieweit sie einer Vervollkommnung zugeführt werden können. Zu diesen Beratungen sind auch sechs impfgegnerische Aerzte eingeladen gewesen und haben selbstverständlich vollkommene Redefreiheit genossen wie jedes Mitglied des Reichsgesundheitsrates. Also warum noch eine neue Kommission? Die Zahl der Freunde oder Gegner des Impfens spielt doch bei der Zusammensetzung der Kommission keine ausschlaggebende Rolle, sondern nur das Gewicht der Gründe wird für den Wert der Entschließungen maßgebend sein dürfen. Die Zahl impfgegnerischer Aerzte scheint übrigens nicht groß zu sein; jedenfalls macht es Schwierigkeiten, geeignete derartige Aerzte zu finden. Daran, daß in einer solchen Kommission sich Impffreunde und Impfgegner versöhnen werden, ist nicht zu denken; eine englische derartige Kommission hat von 1889 bis 1896 getagt und 136 Sitzungen abgehalten; die Teilnehmer sind aber mit dem nämlichen Gegensatz der Meinungen geschieden, mit dem sie zusammengetreten waren.

Gerade jetzt, wo im Reichshaushaltsetat 1914 und 1915 ca. 100000 Mark zur systematischen wissenschaftlichen Untersuchung der Pockenfrage vorgesehen sind, ist eine weitere Kommission zum Studium der Impffrage überflüssig; viel richtiger ist es doch, erst das Ergebnis dieser Untersuchungen, dessen Nachprüfung durch den Reichsgesundheitsrat geschieht, abzuwarten.

Aus allen diesen Gründen bitte ich Sie, sich weder für die Einführung der Gewissensklausel noch für ein Verbot jeglicher zwangsweisen Vornahme der Impfung auszusprechen; denn damit bringen Sie ein gewisses Wanken in

die Unterlagen des Impfgesetzes. Machen Sie auch nicht dadurch den Impfgegnern noch Mut zu weiterer Agitation, daß Sie die Einsetzung einer Kommission beschließen, sondern warten Sie ab, was die wissenschaftlichen, mit den Mitteln des heurigen und des nächstjährigen Etats vorzunehmenden Untersuchungen ergeben werden. (Bravo!)

Abg. Dr. Gerlach (Zentrum) dankt zunächst dem Präsidenten des Gesundheitsamts für das Interesse, mit dem er sich für die Impfärzte ausgesprochen hat; er betont dann ebenfalls, daß unter den gesamten Impfärzten wohl keiner ist, der die schwere Verantwortung für die Impfung aus nur finanziellen Interessen irgendwie übernehmen würde. Daß im Laufe der Zeit die Agitation und die Zahl der Impfgegner bezw. der Impfzwanggegner ganz erheblich zugenommen hat, läßt sich nicht leugnen; diese Zunahme ist wesentlich dadurch begründet, daß die Schwere und die Bedeutung der Pockenerkrankung in ihrem vollem Umfang nicht mehr gewürdigt wird, weil die unmittelbaren Folgen der überstandenen Pockenerkrankung, wie sie sich durch Narben im Gesicht, durch Erblindung, durch Taubheit, Schwerhörigkeit und sonstige krankhafte Zustände äußern, heutigentags nicht mehr wahrzunehmen sind. So kann es nicht auffallend erscheinen, wenn die Besorgnis vor der Pockenerkrankung und damit auch die gesamte Würdigung eines Schutzmittels gegen die Erkrankung mehr und mehr zurücktritt, wenigstens im Innern des Deutschen Reiches; in den Grenzgebieten, besonders in den östlichen, wo die Pocken infolge von Einschleppung nicht ganz so selten sind, ist dies jedoch nicht in dem Maße der Fall. Ein dortiger Arzt sagt deshalb mit Recht: „Es ist eine Kühnheit, wenn man einem in russischen Grenzgebieten amtierenden Arzt impfgegnerische Flugblätter zusendet. Daß die meisten Aerzte in Deutschland keine Pockengefahr kennen, liege an der wunderbaren Wirkung der Impfung, deren Gegner reden wie der Blinde von der Farbe.“ Keiner wird die Erfolge und die Bedeutung der Impfung verkennen, der in der Lage gewesen ist, eine Pockenepidemie beobachten und mitmachen zu müssen, da gerade während einer solchen Epidemie festzustellen ist, ein wie großer Unterschied sich in dem Zustandsbild und in dem Verlauf der Pockenerkrankung bei geimpften und nichtgeimpften Personen zeigt. In dieser Hinsicht wird Redner persönlich nie die Eindrücke vergessen, die er in den Jahren 1870 und 1871 auf französischem Boden darüber gewonnen hat. Daß die Impfung hinsichtlich der Pockensterblichkeit einen wesentlichen Einfluß zugunsten unserer Armee und zugunsten unserer Bevölkerung gehabt hat, wird niemand bezweifeln können, der die Ergebnisse verfolgt, die sich seit Einführung der Impfung überhaupt, speziell aber seit Einführung der Wiederimpfung beim Militär, seit 1834, und seit Durchführung des Impfgesetzes, seit 1874, bei unserer Zivilbevölkerung ergeben haben. Gewiß, Reinlichkeit, Sauberkeit sind Faktoren, die mitwirken, aber die Pockensterblichkeit, die Pockenerkrankung ist zurückzuführen auf einen bestimmten Pockenerreger, der durch diese Maßnahmen allein nicht völlig zu beseitigen ist. Man darf außerdem nicht vergessen, daß Deutschland nach seiner ganzen geographischen Lage immer wieder in Gefahr ist, daß an seinen Grenzorten vom Ausland her Pockenerkrankungen eingeschleppt und ins Binnenland übertragen werden. Von 1896 bis 1906 sind insgesamt 3584 Pockenerkrankungen amtlich festgestellt; von den Erkrankten waren 1036 Ausländer, unter diesen 29 % Russen. Im Jahre 1911 sind 230 Pockenerkrankungen zur amtlichen Kenntnis gekommen; bei 125 war eine auswärtige Infektionsquelle nachzuweisen. Von den Erkrankten starben 22 = 5,2 %; von 160 Geimpften jedoch nur 7 = 4,4 %, von 44 Nichtgeimpften dagegen 15 = 34,1 %. Der Erfolg der Impfung für den Krankheitsverlauf zeigt sich also auch deutlich in dem großen Unterschied der Mortalitätsziffer zwischen den geimpften und nichtgeimpften Pockenkranken. Man kann den Nutzen der Impfung auch dann nicht bestreiten, wenn damit eine dauernde Immunität nicht verbunden, sondern die Schutzdauer eine wesentlich geringere ist; denn die Erfahrung zeigt, daß auch bei langer Zwischenzeit zwischen Impfung und Erkrankung der Krankheitsverlauf, das Zustandsbild der Pockenerkrankung bei Geimpften ein viel milderes, das Leben weniger gefährdendes ist, namentlich wenn die frühere Impfung einen guten Erfolg gehabt hat. Nach einer im Jahre 1912 von der Medizinischen Gesellschaft in London herausgegebenen Zusammenstellung waren z. B. von den im dortigen Pockenhospital verpflegten Pockenkranken mit deutlichen Narben nur 3 % (mit 1 Narbe: 4,1 %, mit 2: 3,3 %, mit 3: 2,3 %, mit

4 und mehr: 1,5 %) gestorben, mit undeutlichen Narben dagegen 9 %, ohne sichtbare Narben 27 % und von den Ungeimpften 43 %.

Der von Impfgegnern gemachte Vorwurf, daß durch die Impfung Gesundheitsschädigungen entstehen, sei nicht berechtigt. Dieser Einwurf war gewiß für die frühere Zeit, wo noch mit humanisierter Lymphe geimpft wurde, wohl berechtigt, aber seit dem Zeitpunkt, wo die animalische Lymphe allgemein in Anwendung gebracht, hat er diese Berechtigung verloren. Allerdings kann durch äußere Reibung, Quetschung, durch Eindringen von irgendwelchen Infektionsstoffen, der normale Verlauf des Impfblatternprozesses in ungünstiger Weise beeinflußt werden; dann ist jedoch der etwaige ungünstige Einfluß nicht eine unmittelbare Folge der Impfung, sondern eine Folge der nachträglich hinzugetretenen Schädlichkeit. Jeder, der die Art und Weise der Herstellung der Lymphe und der Vornahme der Impfung kennt, muß sich sagen, daß hierbei mit der größten Sorgfalt verfahren wird und in ganz anderer Weise, wie dies von den Impfgegnern geschildert und in Lichtbildern wiedergegeben wird. Ueber die Einrichtung und den Betrieb der staatlichen Impfanstalten sind unter dem 13. Februar 1912 ganz genaue und sehr zweckmäßige Vorschriften gegeben — Redner teilt einzelne davon mit, namentlich aus den §§ 31, 32, 35, 38 und 39 —, aus denen hervorgeht, daß alles geschieht, um eine völlig einwandfreie Lymphe in Anwendung zu bringen. Es ist auch nachgewiesen, daß durch den Zusatz von Glyzerin die anfangs etwa noch in der Lymphe vorhandenen pathogenen Bakterien getötet werden, so daß diese insbesondere von Eitererregern, von Streptokokkenformen vollständig frei ist. Wünschenswert wäre es allerdings, wenn in der Mikrosoma variolae bezw. Mikrosama vaccinae Dr. Fornet der eigentliche Kokkenerreger gefunden wäre und sich dessen Kultur und Züchtung weiterhin ermöglichte. Auch bei den nach der Impfung in ganz seltenen Fällen vorkommenden Todesfällen — im Jahre 1910 betrug ihre Zahl bei über 2 Millionen Impflingen 17 — ist die Ursache nicht unmittelbar auf die Impfung zurückzuführen — im Jahre 1910 nur in einem Falle infolge von Vaccine generalisata —. sondern fast ausschließlich auf unsachgemäße Behandlung und Wartung der geimpften Kinder. Ebenso lagen die Verhältnisse bei den in den Jahren 1911 und 1912 angeblich nach der Impfung eingetretenen 18 bezw. 32 Todesfällen. So bedauerlich es ist, wenn nach der Impfung zeitlich irgendwelche Erkrankungen, sei es nun durch Infektion oder auf eine andere Art, sich einstellen, so sind diese doch leider wohl nicht ganz zu verhindern. Ich halte es deshalb für die strengste Pflicht der Regierung und der Impfärzte, immer und immer wieder die Angehörigen der Impflinge auf Reinlichkeit aufmerksam zu machen und Sorge zu tragen, daß möglichst alle Infektionen bei Impflingen vermieden werden. Die Erstimpflinge sind solchen Infektionen wohl am leichtesten ausgesetzt, weil der kindliche Körper noch empfänglicher ist, sodann aber wesentlich deshalb, weil die Durchführung der Sauberkeit der gesetzten Impfwunde vielfach mit größeren Schwierigkeiten verbunden ist als bei Erwachsenen. Bei den Wiederimpflingen ist dagegen die Impfung überhaupt ohne Gefahr; beim Militär ist z. B. seit dem Jahre 1902 bei keiner einzigen Wiederimpfung irgendeine besondere körperliche Schädigung eingetreten. Im übrigen geschieht gegenüber den Erstimpflingen alles, um irgendwie schwächliche, kränkliche Kinder vor Schädigungen durch die Impfung zu bewahren. Nach den geltenden Vorschriften sollen solche Kinder von der Impfung zurückgestellt werden; tatsächlich geschieht dies auch in großem Umfange; im Jahre 1902 waren es 10,65 %, bei den Wiederimpflingen dagegen nur 1,64 %. Obwohl somit alles im Interesse der Impflinge geschieht, wird von den Impfgegnern in der unverständlichsten Weise agitiert. Die Impfung wird als eine Volksgefahr hingestellt, während sich doch jeder objektiv und ruhig Denkende sagen muß, daß seit Einführung des Impfgesetzes im Jahre 1874 unsere allgemeine Mortalitätsziffer nicht zu- sondern abgenommen hat, daß die Säuglingssterblichkeit wesentlich gemildert ist, daß auch die Sterblichkeit an Tuberkulose zurückgegangen ist. Wie soll es da möglich sein, daß nach vierzigjährigem Bestande und nach vierzigjähriger Wirksamkeit die Impfung eine Volksgefahr ist? Es ist nun angeregt worden, die Impfung bestehen zu lassen, sich aber gegen den Impfzwang auszusprechen. Der impfgegnerische Arzt Dr. Böing sagt aber selbst: „Wenn es beim Ausbruch von Pockenepidemien den Behörden nicht gelänge, ihrer durch die gewöhnlichen Maßregeln rasch Herr zu werden, so

würde ich von meinem Standpunkt aus keinen vernünftigen Grund gegen die Zulassung der zeitweiligen Zwangsimpfung anzuführen vermögen; hier müßte der Grundsatz gelten: salus patriae suprema lex". Unsere Aufgabe, das Wohl des Staates zu fördern, zu sichern und zu befestigen, werden wir am sichersten erfüllen, wenn wir nach dem altbewährten Grundsatze handeln: Vorbeugen ist besser als heilen; denn die Zwangsimpfung hinausschieben wollen bis zu dem Zeitpunkte, wo eine Pockenepidemie mit den üblichen Maßnahmen nicht mehr bezwungen werden kann, heißt rüsten wollen, wenn der Feind bereits weit die Grenzen überschritten hat. Würde man deshalb die Zwangsimpfung bei uns aufheben, dann würden wir in der Fürsorge für unser sanitäres allgemeines Wohl nicht vorwärts, sondern rückwärts schreiten. Auf dem gleichen Standpunkt steht sowohl der Ausschuß der preußischen Aerztekammer wie der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege, die beide im Jahre 1911 sich durch einstimmig gefaßte Resolutionen — Redner verliest diese — für Aufrechterhaltung des Impfgesetzes ausgesprochen haben. Dasselbe hat der vorjährige 39. Deutsche Aerztetag getan. Redner bittet deshalb sowohl den Kommionsantrag, als die übrigen Anträge und Resolutionen ablehnen zu wollen. (Bravo!)

Abg. Dr. Neumann-Hofer (fortschr. Volksp.): Es handelt sich hier um eine eminent wissenschaftliche Angelegenheit, deshalb ist es geradezu eine Vermessenheit, wenn der Reichstag in dieser wissenschaftlichen Frage eine Entscheidung treffen will, wie sie mehr oder minder in einzelnen Punkten der Antrag der Petitionskommission enthält. Ich muß mich deshalb gegen diesen Antrag aussprechen, wenn ich auch nicht der Ansicht bin, daß die Entscheidung dieser Angelegenheit den beamteten Kreisen überlassen bleibt, denn in der Reihe der Impfgegner befinden sich nicht nur Laien, sondern auch Aerzte, bis zu einem gewissen Grade sogar Autoritäten. Die Art, wie die Impfgegner ihre Agitation treiben, ist nicht immer zu billigen, bei verständigen Leuten schaden sie sich dadurch selbst am meisten. (Sehr richtig! rechts.) Ihre Flugschriften stellen z. B. einen so groben Unfug dar, daß man gegen eine derartige Blasphemie nicht energisch genug Stellung nehmen kann. Aber durch eine noch so berechtigte Zurückweisung solcher Ausschreitungen wird der Kern der Frage nicht entschieden; man sollte vielmehr nach Möglichkeit den Versuch machen, eine Verständigung und damit eine Beruhigung zu erzielen. (Sehr richtig! rechts.) Das wird gewiß nicht leicht sein; denn die Gegensätzlichkeiten sind so scharf geworden, daß eine Uebereinstimmung wohl nicht so bald herbeigeführt werden wird. Wenn es so weiter geht wie bisher, daß von beiden Seiten die schärfsten Geschütze aufgefahren werden, so wird dadurch der eine den andern doch niemals überzeugen (sehr richtig! rechts.) und demzufolge auch nichts erreicht. Dasselbe gilt betreffs der von beiden Seiten geschriebenen Broschüren. Es kommen dabei immer wieder Mißverständnisse vor, und diese Mißverständnisse müssen nun endlich einmal aus der Welt geschafft werden. Auch betreffs eines in meinem Wahlkreis Detmold angeblich infolge der Impfung vorgekommenen Todesfall scheint ein solches Mißverständnis zu bestehen; denn der Kreisphysikus sagt, der Vorfall sei nach Berlin gemeldet, während Herr Geheimrat Dr. Kirchner in seiner Broschüre darlegt, daß ihm davon nichts bekannt sei. Gerade mit Rücksicht auf solche Mißverständnisse bin auch ich mit einem Teil meiner politischen Freunde dafür, daß eine Kommission sich mit diesen Dingen befaßt, da bei einer solchen Gegensätzlichkeit ein wirklicher Erfolg eventuell nur dann erzielt werden kann, wenn man Freunde und Gegner der Impfung an einen Tisch zu einer gemeinschaftlichen Aussprache zusammensetzt. Die Kommission braucht aber nicht paritätisch zusammengesetzt zu sein; denn in einer solchen Sache ist doch mit Majoritätsbeschlüssen nichts zu erreichen; bei einer Abstimmung würde es außerdem stets Stimmengleichheit ergeben. Ich bin auch damit einverstanden, daß die zuständige Kommission des Reichsgesundheitsrats unter Zuziehung von Impfgegnern sich mit der Sache ex profundo befaßt und alle die Tatsachen berücksichtigt, die aus den Streitschriften zu entnehmen sind, und daß nach Möglichkeit die Sache so geleitet wird, daß eine Ueberzeugung des einen durch den anderen zustande kommen kann. Wenn das geschieht, dann werden wir vielleicht auch in dieser Frage weiter kommen und der Verhetzung in den weitesten Volkskreisen, die im Anschluß an diese Frage doch tatsächlich vor sich geht und uns nicht gleichgültig sein kann, einigermaßen der Boden ab-

gegraben werden. — Den Kommissionsantrag muß ich auch wegen der Forderung, daß bis zur Entscheidung über die völlige Aufhebung oder Abänderung des Impfgesetzes jede weitere zwangsweise Anwendung, die dem Gesetz zuwiderläuft, unterbleiben soll, ablehnen, da eine solche Forderung unmöglich stattgegeben werden kann, denn betreffs der Rechtsfrage sind die Ausführungen der Herren Regierungsvertreter durchaus zutreffend, die dagegen von impfgegnerischer Seite oder Aeußerungen einzelner Abgeordneter hervorgebrachten Argumente dagegen nicht stichhaltig. Wenn etwas anderes gelten soll, dann hätte das eben im Gesetz ausdrücklich darin stehen müssen. Damit, daß irgend etwas aus einem Gesetz herausgestrichen wird, ist noch nicht gesagt, daß nun von den gesetzgebenden Faktoren das Gegenteil gewollt ist. Jedes Gesetz bringt einen Zwang, soweit er nicht im Gesetz selbst beschränkt oder ausgeschlossen wird. Mit Annahme der Anträge der Petitionskommission würde sich somit der Reichstag ein gewisses Armutszeugnis ausstellen. Von den vorliegenden Anträgen steht der Antrag Arnstadt und Genossen meinen Wünschen am nächsten, der für die einzusetzende Kommission keine besonderen Vorschriften trifft; ich werde deshalb für ihn stimmen.

Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. **Kirchner, Ministerialdirektor**: Das Impfgesetz vom 8. April 1874 ist nicht, wie der Abg. Bock gestern behauptet hat, mit 2 Stimmen Majorität, sondern mit 183 gegen 119 Stimmen angenommen; dagegen mit 141 gegen 140 Stimmen die Zwangsimpfung bei Erwachsenen abgelehnt. Auch die Behauptung, daß unter den Impfgegnern Tausende von Aerzten seien, ist ein Irrtum. Die deutschen Aerzte treten vielmehr fast absolut geschlossen für die Impfung ein, während die impfgegnerischen Aerzte sich in der außerordentlichen Minderzahl befinden; viele von ihnen sind nicht einmal Impfgegner, sondern nur Gegner des Impfzwanges. Ebenso ist Prof. Ehrlich ein lebhafter Anhänger der Schutzimpfung, wie das ja auch gar nicht anders sein kann, und hat die von ihm angeblich gemachte Aeußerung, daß die Zukunft nicht der Impfung und dem Serum, sondern dem Radium und den X-Strahlen gehöre, nicht getan. Wir haben erfreulicherweise neben der Pockenschutzimpfung noch mehr Impfungen, z. B. die Impfung gegen Diphtherie, durch die die Zahl der Todesfälle an Diphtherie von 46026 im Jahre 1894 auf 8367 im Jahre 1912 heruntergegangen ist, (hört! hört!) Demgegenüber wird man doch wohl zugeben müssen, daß das Heilserum gegen Diphtherie etwas Ausgezeichnetes ist. (Sehr richtig!) Der Abg. Dr. Pfeiffer hat uns gestern Vorwürfe gemacht, weil wir Beziehungen zur Presse hätten. Zu dem Artikel von Dr. Gins hat aber weder das Kaiserliche Gesundheitsamt noch das Kultusministerium oder vielmehr das Minitserium des Innern, dem die Medizinalabteilung jetzt unterstellt ist, keinerlei Beziehungen. Im übrigen aber glaube ich, wenn wir uns einmal das Recht nehmen wollten, irgend etwas in die Presse zu bringen, so würde man wohl nichts dagegen haben können; (Sehr richtig!) denn die Druckerschwärze ist doch nicht bloß für die Impfgegner da. (Heiterkeit.) Wenn wir sie aber nicht in dem Umfange verwenden, wie wir es vielleicht könnten, so trägt uns das auch wieder Vorwürfe ein; denn die Impfgegner haben mich wiederholt schwer angeklagt, weil ich seit drei Jahren auf ihre Artikel nicht geantwortet habe. Eine größere Reserve in bezug auf Druckerschwärze kann man sich doch wirklich nicht auferlegen! (Sehr gut! und Heiterkeit.) Dann hat der Abg. Dr. Pfeiffer — und das nehme ich ihm sehr übel — meine Kinderstube angezweifelt. Andere Herren im Hause haben anerkannt, daß ich durchaus ein Recht dazu habe — und ich beanspruche das für mich —, wenn derartige unberechtigte Angriffe gegen die Schutzimpfung vorgebracht werden, sie mit derjenigen Schärfe zu charakterisieren, welche sie verdienen. Wenn sich aber der Abg. Dr. Pfeiffer gestattet, die Lymphe, die vom Staat nach allen Regeln der Wissenschaft hergestellt und kostenlos abgegeben wird, um unsere Kinder zu impfen, als vergorenen Kuheiter zu bezeichnen, so muß ich dagegen schärfsten Einspruch erheben. Auch den Vorwurf des Abg. Thiele, ich hätte die Gewissensklausel ein verdammungswürdiges Experiment genannt, werfe ich zurück, denn ich habe nur mitgeteilt, daß dieser Ausdruck gebraucht worden ist von dem berühmten englischen Chirurgen Sir Lister. Ich bitte also, besser zuzuhören und mir nicht Worte vorzuwerfen, die ich nicht gesagt habe. Der Abg. Thiele hat weiter vorgebracht, wir müßten Entschädigungen für die vorkommenden Impfschädigungen einführen und dabei auf das Viehseuchengesetz Bezug genommen,

durch das Entschädigungen eingeführt seien. Diese werden aber nur gezahlt für Vieh, das wegen Seuchenverdacht totgeschlagen wird, während die Kinder durch die Schutzimpfung vor dem Tode bewahrt werden; das ist doch etwas ganz anderes. (Sehr richtig!) In keiner Weise berechtigt ist auch der gestern den Aerzten gemachte, aber bereits vom Präsidenten zurückgewiesene Vorwurf, daß sie bei Durchführung der Impfung an ihren Gewinn denken; denn sie stellen sich immer in den Dienst der Oeffentlichkeit. — Der Todesfall in Lippe-Detmold ist mir erst später bekannt geworden; er ist einer von den außerordentlich selten vorkommenden Fällen, die auf einer Infektion der Impfpusteln beruhen. — Der Rat des Vorredners, wir möchten nicht so viel schreiben, habe ich schon seit drei Jahren befolgt; wenn aber die Impfgegner so viel Druckerschwärze verwenden und ihre Schriften an alle Abgeordnete und nach allen Orten des Deutschen Reiches schicken und dadurch unser Volk innerlich so aufregen, wie sie es tatsächlich getan haben, da kann man es uns unmöglich verschränken, etwas dagegen zu sagen. Die Hoffnung, daß es den Vertretern des Impfgesetzes möglich sein sollte, mit den Impfgegnern sich zu einigen, habe ich nicht; mit Leuten, die vermöge ihrer ungenügenden Vorbildung gar nicht in der Lage sind, wissenschaftliche Probleme zu verstehen, die nur mit Schlagworten arbeiten, kann man nicht verhandeln und sich verständigen. Niemand von uns bezweifelt, daß die Entscheidung in dieser Frage Sache des Reichstags ist, entscheiden kann dieser aber doch nur nach dem, was entweder die medizinische oder die juristische Wissenschaft sagt, also auf Grund der Wissenschaft, von der die Impfgegner aber nichts wissen wollen. (Sehr richtig!) Sollte ich gestern ein etwas heftiges Wort gebraucht haben, so tut mir das leid. In der Sache selbst kann ich nichts zurücknehnen; denn die Sache, die ich vertreten habe — und die ich nicht, wie der Abg. Thiele meinte, nur mit halbem Herzen vertreten habe —, ist recht und gerecht und muß recht bleiben! (Lebhafter Beifall.)

Abg. Graf v. **Oppersdorff** (bei keiner Partei): Wir haben uns hier nicht im Gebiete absrakter Diskussionen, sondern auf dem Boden der Naturwissenschaften zu bewegen. Die Erfahrung lehrt aber, daß ein an sich schädlicher, freilich nur in minimalem Grade schädlicher Impfstoff eine äußerst schwere Krankheit, nämlich die Pockenkrankheit, tatsächlich verhüten kann. (Sehr richtig!) Das ist ein naturwissenschaftliches Faktum, das die Menschheit seit mehr als einem Jahrhundert erkannt und ausgenützt hat. Eines der ersten Menschenkinder im Osten Europas, das schon vor 150 Jahren diese wissenschaftliche Erkenntnis in großem Stil für sich und ihr rückständiges Land anwendete, war die Kaiserin Katharina von Rußland, die sich von einem englischen Aerzte impfen ließ, als die Impfung noch weit unvollkommener war, als sie heute ist. Um die sogenannte Gewissensklausel zu stützen, zeigt man auf England und Holland hin — nach meiner Meinung mit völligem Unrecht; denn zwischen diesen beiden Ländern und den eigentlichen Heimatländern der Pocken liegt das ganze geimpfte Mitteleuropa, liegen ärztliche Untersuchungen an den Grenzen und eine Zeitspanne für die Hinreise, die ganz bedeutend zum Schutze gegen die Einschleppung der Pocken in die beiden Königreiche beitragen. Der Standpunkt der Impfgegner leidet an einer großen Einseitigkeit; sie haben nur eine möglichst umfangreiche Sammlung von Schattenseiten und Nachteilen veranstaltet; jedes Ding hat aber auch seine Schattenseiten. Nur um längst Bekanntes zu beweisen, haben sie die Geister des Fanatismus im Lande wachgerufen und streuen im Volke Mißtrauen und Angst aus und glauben oder machen glauben, daß sie, wenn die geforderten zwei mal zwölf Männer der Kommission ihr Votum z. B. im Sinne der Impffreunde sprechen, dann noch imstande sein werden, die gesunde Vernunft, die Gelassenheit, die Wahrheit im Lande wiederherzustellen! Das ist aber ausgeschlossen! Es fehlt in all den gegnerischen Deduktionen einfach an der Kenntnis der Kehrseite der Dinge. Diese vergessene Kehrseite ist die Pockenepidemie selbst. Der Jammer der Mütter, das tiefe Unglück der ganzen Bevölkerung, die Verödung von Stadt und Land, die Deklassierung ganzer Gegenden, in denen die Pocken wieder auftreten, die, nicht nur mit den so seltenen Kinderleichen aus einer einmal mißratenen Schutzimpfung belegten Friedhöfe, sondern jene Pockengräber und Pockenfriedhöfe, die dann morgenweise vor den Städten aus dem Boden wachsen, das alles kann rein menschlich genommen, den Vergleich mit den traurigen, aber höchst seltenen

gelegentlichen Mißgeschicken, die bei unserer altbewährten Impfung mit vorkommen, wirklich weit mehr als vollständig aushalten. Es übertrifft die Impfschäden um das tausendfache. Davon aber schweigt des Agitators Gründlichkeit und seine Gewissenhaftigkeit, die aber an dieser Stelle nicht davon schweigen sollte. Das ganze Vorgehen der Impfgegner ist nach meiner moralischen Ueberzeugung objektiv genommen ein gefährlicher und grober Unfug. Nur wer die Nachtseiten der Pockenepidemie nicht kennt oder kennen will, kann über Unglücksfälle bei ihrer Verhütung ein solches Wesen machen. Es fehlt einfach an Aufklärung, an Kenntnis der Wirklichkeit, wie es bei einer Pockenepidemie eigentlich zugeht. Deswegen ist der Wiederabdruck der vortrefflichen Briefe eines Kußmaul lebhaft zu begrüßen, ebenso wie jede aufklärende Broschüre, auch die viel angegriffene des Herrn Ministerialdirektors Kirchner. Im geraden Gegensatz zu gewissen Kritiken wünsche ich, daß das Reichsgesundheitsamt und die Herren vom Preußischen inneren Ministerium recht gründlich und ausgiebig dafür sorgen, daß auch Zeitungsartikel mit objektiven Schilderungen und Tatsachen ins Publikum kämen gegenüber dem Unfug, der auf diesem Gebiete leider im Lande getrieben wird. (Sehr richtig!) Uns fehlt — m. H., halten Sie mich nicht für zynisch, wenn ich das sage — eine Pockenepidemie!

In einer besonders schwierigen Lage in dieser ganzen jahrelangen Debatte ist ohne Zweifel die Medizinalverwaltung; denn sie hat die höchst unangenehme Position, die „Grausamkeit" gegen die mißgeleitete Menschlichkeit und Sentimentalität vertreten zu müssen — von vornherein eine undankbare Rolle. Solche Impfdebatten wie hier, gehen an die Ehre der Mediziner und Aerzte. Die Medizin ist die Anwendung des gesunden Menschenverstandes, des Verstandes normaler und gewissenhafter Leute auf die Naturwissenschaften, soweit sie sich auf Mensch und Tier erstrecken. Zahllose gewissenhafte, angesehene und in ihrem Berufe grau und alt gewordene Aerzte sehen wir wie eine Mauer von Anhängern und Eideshelfern der Impfung im Vaterlande wirken; gleichwohl wird ihre Ehre durch das Agitieren, Drucken, Photographieren und Telegraphieren der Impfgegner angegriffen, obwohl die zünftige medizinische Wissenschaft doch nur das anwendet, was der gesunde Menschenverstand und die Naturwissenschaft vorschreibt. Der viel angegriffene Herr Ministerialdirektor möge sich nur nicht von seiner unerfreulichen, aber notwendigen Pflichterfüllung abbringen lassen. Als einmal vor Jahren im Herrenhaus Geheimrat v. Bergmann, der hervorragende Chirurg, in einer ähnlichen Debatte eingegriffen hatte, da bekam er am nächsten Tage von einem Anhänger eine Zuschrift mit der Ueberschrift: „Sie Vieh!" Er hat sich aber dadurch nicht abhalten lassen, den Weg seiner Ueberzeugung weiter zu gehen. So muß es auch die Medizinalabteilung tun. Die geforderte Kommission der zweimal zwölf Männer hat nach meiner Meinung keinen Beruf und keine Bedeutung; eine solche kann übrigens der Reichstag aus eigener Macht bilden und mit allen Schikanen der modernen Technik funktionieren lassen. Man darf deshalb der Medizinalverwaltung keinen moralischen Vorwurf machen, wenn sie nicht alsogleich, wie ein alter Zirkusschimmel auf das Peitschenzeichen in die Knie gefallen ist und von Staats wegen eine solche Kommission zusammengerufen hat. M. E. gibt es aber ein anderes besser zum Ziel führendes Mittel, ein wirkliches argumentum ad hominem: Die Regierung organisiere einen parlamentarischen Ausflug in einen richtigen Pockenherd hinein. (Sehr richtig!) Man vergesse dabei aber nicht, Aerzte mit Impfstoff reichlich mitzunehmen. Da schaue sich jeder der Herren Impfgegner auch einmal die zahllosen Leichen der Kinder und Erwachsenen an, ihre Arme — ich meine die Oberarme — recht genau an und sehe, wer denn unter den Gestorbenen die Zeichen früherer Impfung und Widerimpfung aufweist — soweit sie sich unter den greulichen Pusteln noch erkennen lassen. Die Herren, die diese nützlichste aller Reisen mitmachen, werden bekehrt wiederkommen und künftig für die Medizinalverwaltung und gegen die Impfgegner sein. (Beifall.)

Abg. Dr. Graf v. **Posadowsky-Wehner** (bei keiner Partei): Durch die Agitation der Impfgegner ist unzweifelhaft eine Beunruhigung in weiteste Volkskreise gedrungen; ihr Eindruck spiegelt sich in dem überraschenden Beschluß der Petitionskommission wieder. Wir haben hier gegen das Impfgesetz und gegen den Impfzwang ganz wunderbare Einwendungen gehört. Es ist uns

gestern gesagt worden, daß die Pockenepidemien von selbst erlöschen, sozusagen an Erschöpfung, wie die Choleraepidemien und die Pestepidemien. Das ist ein großes Mißverständnis; denn diese Epidemien sind uns fern geblieben, weil in allen kultivierten Ländern, gestützt auf die modernste Wissenschaft, sehr energische Maßregeln gegen ihre Verbreitung getroffen sind. In den Ländern dagegen, wo man diese Maßregeln nicht kennt, entstehen immer wieder Cholera- und Pestepidemien. (Sehr richtig!) Es ist sogar behauptet, daß die Verkümmerung des modernen Menschengeschlechts und der Rückgang der Militärtauglichkeit eine Folge der Pockenzwangsimpfung sei. Auch das ist ein Irrtum; denn dieser Rückgang beruht auf schlechten Wohnungsverhältnissen, insbesondere darauf, daß immer weitere Kreise unserer Bevölkerung sich der Beschäftigung und der Arbeit in frischer Luft zu entziehen suchen und daher in gesundheitsschädlichen Betrieben arbeiten, daß gewisse heimlich an unserem Volkskörper nagende Krankheiten zugenommen haben, von denen man sagen kann, daß die Sünden der Väter sich bis ins dritte und vierte Geschlecht an den Kinder rächen. Endlich beruht der Rückgang unserer Volksgesundheit auf dem Mißbrauch des Alkoholgenusses, gegen den man leider bisher auch nicht mit Nachdruck vorgegangen ist, teils aus wirtschaftlichen, vielleicht auch aus politischen Gründen.

Wir sind den Herren Vertretern der Regierung, dem Herrn Vertreter des preußischen Medizinalministers und dem Herrn Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes, für ihre schlagenden Ausführungen sehr dankbar. Ob diese Ausführungen aber dazu beitragen werden, die Impfgegner zu überzeugen, ist mir zweifelhaft. (Zustimmung.) Der Antrag der Petitionskommission ist meines Erachtens nur geeignet, in weite Kreise der Bevölkerung Zweifel und Unruhe zu tragen (Sehr richtig!), während der Antrag der konservativen Partei als taktischer Ausweg anzusehen ist. Die Zwangsimpfung hat für unsere Volksgesundheit, für die Schlagfertigkeit unseres Heeres eine solch ungeheuere Bedeutung (Sehr richtig!), sie bildet eine so ernste und wichtige Frage, daß die leitenden beamteten Stellen der Regierung, um nicht weitere Beunruhigung und Zweifel in weite Kreise zu tragen, um nicht den Beamten, die das Impfgeschäft auszuführen haben, ihr Geschäft wesentlich zu erschweren, die Pflicht haben, ihre Stellung zu dieser Frage alsbald in unzweifelhafter klarer Form uns hier bekannt zu geben, insbesondere ob sie gewillt sind, an dem bisherigen Impfgesetz unter allen Umständen festzuhalten, solange nicht unzweifelhafte, wissenschaftliche Forschungen andere Wege zu einer wirksameren Bekämpfung der Pockengefahr zeigen. Es gibt aber parlamentarische Lagen, wo eine Regierung verpflichtet ist, Farbe zu bekennen, und das muß der Reichstag in dieser Frage erwarten. (Bravo! rechts und im Zentrum.)

Abg. **Bernstein** (Soz.): Die Impffrage ist keine politische Parteifrage. Wie in allen anderen Parteien, ist auch in meiner Fraktion die Meinung über die Impffrage geteilt und ein Teil anderer Ansicht, als in den Anträgen zum Ausdruck kommt. Unzweifelhaft sind weite Teile des deutschen Volkes beunruhigt über die Impffrage, in dem Sinne, daß sie große Gefahren von dem Impfen befürhten, daß sie das Impfen für überflüssig, ja für schädlich betrachnten und infolgedessen das Gesetz, das die Impfung vorschreibt, als einen unerträglichen Druck empfinden. Auch diejenigen, die diese Ansicht über das Impfen nicht teilen, möchten gern dazu beitragen, daß die Beunruhiguug der Gemüter aufhört. Dies wird aber durch die Anträge nicht erreicht, sondern eher das Gegenteil. Schon der Grundgedanke der Petition, die Sache in einer paritätischen Kommission zu behandeln, ist ein bedenklicher; denn in eine solche Kommission gehören Männer, die kraft ihrer wissenschaftlichen Bildung und ihrer Kenntnisse die Garantie eines sachkundigen Urteils geben. (Sehr richtig!) Gegen die Zuziehung von Impfgegnern habe ich jedoch an sich nichts einzuwenden, nur muß ihnen dann auch bei den Beratungen alle Rechte eingeräumt werden. Ebenso wie eine paritätische Kommission für mich in dieser wissenschaftlichen Frage ausgeschlossen ist, bin ich auch Gegner der Gewissensklausel, da die Voraussetzung fehlt, daß alle Eltern der zu impfenden Kinder einigermaßen sachkundig zu urteilen im stande sind. In dieser Ansicht werde ich gerade durch die Antiimpfflugschriften und die Antiimpfflugblätter mit ihren Märchen und verlogenen Statistiken bestärkt. Den Leuten werden dadurch die allerunsinnigsten Be-

fürchtungen vor dem Impfen beigebracht, die ein objektives Urteil unmöglich machen. Auch bei den Impfgegnern gibt es durchaus charaktervolle überzeugte Leute, die im besten Glauben urteilen und von der besten Gesinnung beseelt sind; diese sollten vor allen Dingen gegen diese Sorte von Agitation energisch Stellung nehmen, die eine Spekulation auf Vorurteil und Unwissenheit und nicht eine Sache der Belehrung ist! Auch mit der Statistik wird in diesen Dingen großer Unfug getrieben. In England, dem Musterbeispiel für die Gewissensklausel, ist neulich z. B. in einem angesehenen Wochenblatt behauptet, daß von den geimpften Diphtheriekranken mehr sterben, als von den ungeimpften; eine weitere Ermittelung ergab dann, daß nur schwer Erkrankte mit Diphtherieserum geimpft waren. Ein wie wirksames Mittel die Impfung sein kann, zeigen die Erfahrungen, die man bei den englischen Soldaten in den Kolonien mit Typhusimpfungen gemacht hat; denn von den Geimpften erkrankten nur 5,39 ‰, von den Ungeimpften dagegen 30,4 ‰.

In den Vereinigten Staaten, einer demokratischen Republik, ist die Zwangsimpfung in der Armee und Marine eingeführt; ebenso hat sich der französische Senat für die Impfung ausgesprochen. Warum ist denn die übergroße Masse der Aerzte für das Impfen? Ihr materielles Interesse würde ja gegen das Impfen sprechen; denn die Einnahme der Aerzte aus dem Impfen ist sehr gering. Sie hätten vielmehr Interesse daran, daß nicht geimpft würde, wenn sie nur ihr Geldinteresse befragen. Aber genau das Gegenteil ist der Fall, die Impffrage ist auch für die Aerzte, auch für denjenigen, der von der Notwendigkeit des Impfens überzeugt ist, eine Gewissensfrage. Wer, wie ich, die Heimsuchung einer großen Pockenepidemie (in Berlin 1866) miterlebt, den Nutzen der Impfung und den Schaden des Nichtimpfens gesehen hat, der kann nicht zu der Auffassung kommen, die hier von den Impfgegnern vorgetragen wird. Auch der charakteristische Fall des Dr. Spohr, dieses impfgegnerischen Arztes, hat den Beweis geleifert, daß die Nichtimpfung trotz günstiger hygienischer Lebensverhältnisse die Gefahr der Erkrankung verstärkt, ganz abgesehen davon, daß solche günstige Verhältnisse für die große Masse unseres Volkes nicht vorhanden sind. Ich kann daher meine Zustimmung nicht dazu geben, daß eine wissenschaftlich verlangte Untersuchung durch die paritätische Zusammensetzung einer dazu einberufenen Kommission von vornherein kompromittiet und diskreditiert wird. (Bravo! bei den Sozialdemokraten.)

Abg. Dr. **Pfeiffer** (Zentrum) bemerkt gegenüber den Aeußerungen der Regierungsvertreter, er habe keineswegs die Bearbeitung der öffentlichen Meinung durch die Presse als Unrecht angekreidet, sondern lediglich konstatieren wollen, daß von Impffreunden genau so agitatorisch gearbeitet wird, wie von den Gegnern. Er wiederholt dann seine Ansicht, daß die Fortschritte, die die Pockenbekämpfung gemacht hat, und die Verringerung der Sterblichkeit in erster Linie auf das Wachsen der allgemeinen Hygiene und auf deren Anwendung zurückzuführen sei, denn je mehr das Bewußtsein und das Gefühl für Sauberkeit und hygienische Maßnahmen in der Bevölkerung Platz gegriffen habe, desto größer ist der Rückgang der Epidemien. (Sehr richtig!) Die Bezeichnung der Lymphe als vergorener Kuheiter sei vielleicht ein bißchen stark gewählt, daß die Lymphe aber Schönheitsfehler besitzt, wird auch in dem Aufsatz des Dr. Gins zugegeben. Bei Beratung des Impfgesetzes im Jahre 1874 haben sich zweifellos Aerzte wie Laien in einer Petition des Vereins für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr. gegen den Impfzwang ausgesprochen; auch in den uns mitgeteilten „Fragebriefen von Kußmaul" heißt es in dem letzten Briefe anschließend an einer Aeußerung von Rob. v. Mohl in der dieser die Berechtigung der Zwangsimpfung verneint, „daß, wenn dieser Grundsatz auch heute noch als richtig anzuerkennen sei, der Impfzwang nicht aufrecht erhalten werden könne, denn kein Arzt könne dafür bürgen, daß nicht in einzelnen, wenn auch seltenen Fällen die Vakzination gefährlich oder tödlich werde. Grundsätzliche Gegner der Impfung sollten deshalb in keinem Falle mit den äußersten Mitteln der Polizeigewalt gezwungen werden, ihre Kinder zur Impfung zu bringen." (Hört hört!) Auch der frühere Kultusminister v. Goßler hat im Anfang der neunziger Jahre im preußischen Abgeordnetenhause den Gedanken ausgesprochen, daß sich heute die medizinischen Autoritäten der Zahl und Bedeutung nach gleich gegenüberstehen in der Schätzung und Auffassung der Impfung. Prof. Dr. Sticker, früher in Bonn jetzt in Münster i. W., hat sich dahin geäußert, daß das Seuchengesetz von 1900

im Deutschen Reiche die Möglichkeit geschaffen hat, umfassende Zwangsimpfungen durchzusetzen bei Ausbrüchen von Pockenepidemien, und darin eine Garantie gegenüber den Epidemien liege. Ebenso hat Prof. Dr. Swoboda im vorigen Jahre bei der Konferenz der Aerzte und Naturforscher in Wien, am 20.—24. September einen Vortrag gehalten, in dem er drei Zeiten unterschied: die eigentliche Impfzeit, dann eine Uebergangszeit, und schließlich eine Zeit, wo die Impfung überhaupt nicht mehr nötig sein, sondern an ihre Stelle die moderne Hygiene treten würde. Wir seien jetzt in der Uebergangszeit. Er habe weiter darauf aufmerksam gemacht, daß die Kinder zur Impfung besser ausgewählt werden müßten. Eine solche Auswahl ist auch unbedingt nötig, da bis zu 69% der Schulkinder krank sind und eine latente Skrofulose oder Infektion oder nur eine Disposition zu einer Krankheit durch die Impfung unmittelbar entflammt werde. (Sehr richtig!) Daß der Präsident des Kaiserlichen Gesundheitsamts bereits eine Kommission berufen hat, davon ist uns bis jetzt nichts bekannt gewesen; ebenso ist uns bis jetzt nichts über das Ergebnis dieser Kommission mitgeteilt. (Sehr richtig!) Bei der Verworrenheit und Unruhe in dieser Frage ist eine baldige und gründliche Klärung dringend erwünscht; man soll dabei aber auch die andere Partei hören, zumal neben der medizinisch-wissenschaftlichen Unsicherheit auch noch die rechtliche Unsicherheit tritt. Es ist kein gesunder Zustand, wenn in Braunschweig die zwangsweise Impfung als nicht zulässig bezeichnet wird, und in Bayern, Baden und einigen anderen süddeutschen Staaten eine mildere Praxis herrscht gegenüber der preußischen; gerade die Unsicherheit der Rechtsprechung in bezug auf die polizeilichen Maßnahmen in den Einzelstaaten ist dazu angetan, Verwirrung anzurichten. Deshalb erscheint eine erneute Prüfung durch eine Kommission geboten, der es auch gelingen wird, einen gangbaren Weg zu finden und von deren Arbeit eine Verständigung und damit großer Segen für die Gesundheit des Volkes zu erwarten steht. (Lebhaftes Bravo.)

Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. **Kirchner**, Ministerialdirektor: Die Rede des Herrn Abg. Pfeiffer hat meines Erachtens klar und deutlich bewiesen, wie richtig das war, was wir Ihnen vorher auseinandergesetzt haben. Mit voller Ueberzeugung und mit allem Nachdruck haben wir alle Gründe vorgeführt, die dafür sprechen, daß wir den Impfzwang nicht aufheben sollen, und Herr Pfeiffer hat ruhig, als hätten wir nichts gesagt, seine entgegengesetzten Ansichten wieder vorgetragen. Genau so wird es auch in einer paritätischen Kommission aus Impffreunden und Impfgegnern gehen. Kußmaul hat als Arzt gewisse Bedenken gehabt, bei der Impfung den Zwang durchzuführen und deshalb die Frage des Impfzwanges der Entscheidung kompetenterer Sachverständiger auf dem Gebiete der Rechtspolizei anheimgegeben. Das ist derselbe Standpunkt, den auch ich vertrete; denn als Arzt habe ich keine Freude daran, Eltern zu zwingen, daß sie ihre Kinder impfen lassen. Wenn aber die Durchführung des Gesetzes ausnahmsweise nicht anders möglich ist, so muß ich mein ärztliches Empfinden zurückstellen zum Wohle des Vaterlandes und der Allgemeinheit. (Sehr richtig!) In Wirklichkeit sind ja diese Fälle sehr selten. Bemerkenswert ist aber für die Beurteilung der Frage der nachstehende, auch von Kußmaul geschriebene Satz: „Nur eins ist zuzugeben, daß vom rein ärztlichen Gesichtspunkte aus sich jedenfalls weit triftigere Gründe für Aufrechterhaltung als für Abschaffung des Impfzwanges anführen lassen". Ich wäre Herrn Abg. Pfeiffer dankbar gewesen, wenn er auch diesen Satz Ihnen mitgeteilt hätte.

Abg. Dr. **Burkhardt** (wirtsch. Vereinig.) Berichterstatter: Daß die Petitionskommission einen anderen Beschluß als im Jahre 1911 gefaßt hat, liegt an der anderen Zusammensetzung des Reichstags. Die Agitationsweise der Impfgegner ist auch in der Kommission getadelt; diese radikale Agitation schadet der Sache nur. In der Kommission waren nicht lauter Impfgegner; aber auch diejenigen, die, wie z. B. ich, keine Impfgegner sind, sind doch der Ansicht, daß man die Eltern, die aus Gewissensgründen ihre Kinder nicht impfen lassen wollen, nicht dazu zwingen soll, da unter Umständen der Tod eintreten kann. Ich meine, daß ein Vater, der vielleicht nur ein Kind hat, davor geschützt werden muß, daß sein Kind etwa mit Polizeigewalt zum Impfen gebracht wird.

Abg. **Bock** (Sozdem.) verwahrt sich gegen den Vorwurf, daß er die Aerzte im allgemeinen bezichtigt habe, ihre Stellungnahme zu dieser Frage werde durch materielle Gründe bestimmt.

Nach einigen weiteren persönlichen Bemerkungen der Abgg. Dr. **Neumann-Hofer** und **Thiele** wird zur Abstimmung geschritten und zunächst der erste Teil des Antrags der konservativen Partei (Arnstadt und Genossen): „die Petitionen, soweit sie sich auf die Einsetzung einer Kommission zur Prüfung der rechtlichen und wissenschaftlichen Grundlagen beziehen, dem Herrn Reichskanzler zur Berücksichtigung zu überweisen" angenommen und sodann der Antrag der Kommission: „im übrigen die Petitionen dem Herrn Reichskanzler zur Berücksichtignng zu überweisen" abgelehnt. Hierauf wird der zweite Teil des Antrages Arnstadt und Genossen: „die Petitionen, soweit sie nicht bereits erledigt sind, dem Herrn Reichskanzler zur Erwägung zu überweisen" angenommen. Durch Hammelsprung wird somit der Antrag Dr. Pfeiffer und Genossen: „den Herrn Reichskanzler zu ersuchen, zur Klärung der Impffrage eine Kommission einzusetzen, welcher Impffreunde und Impfgegner in gleicher Stärke angehören, und das von ihr ausgearbeitete Material in Form einer Denkschrift dem Reichskanzler vorzulegen", mit 119 gegen 119 Stimmen abgelehnt. Ebenso wurde die von dem Abg. Bock und Genossen beantragte Resolution „den Herrn Reichskanzler zu ersuchen, eine paritätisch aus Impffreunden und Impfgegnern zusammengesetzte Kommission zur objektiven Untersuchung der ganzen Impfzwangsfrage so rasch als möglich zu berufen" abgelehnt und die Petitionen des Ausschusses der Preußischen Aerztekammer in Berlin, des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege und des Deutschen Aerztetages betreffend Aufrechterhaltung des Impfgesetzes, durch die gefaßten Beschlüsse für erledigt erklärt.

Besprechungen.

Prof. Dr. O. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.: **Das öffentliche Gesundheitswesen.** Zweiter Band. Besonderer Teil. Leipzig 1914. Verlag von C. S. Hischfeld. Gr. 8°; 1174 Seiten. Preis: 30 Mark.

Das bedeutsame Werk ist ein selbständiger Teil des großen Hand- und Lehrbuchs der Staatswissenschaften, begründet von Prof. Kuno Frankenstein, fortgesetzt von Prof. Max von Heckel. Sein erster Band, der den allgemeinen Teil des öffentlichen Gesundheitswesens enthält, ist von dem Referenten bereits früher in dieser Zeitschrift besprochen; durch Erscheinen des zweiten Bandes, des besonderen Teils, in dem die einzelnen Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens eingehend besprochen werden, und der ebenso wie der erste ein für sich abgeschlossenes Ganzes bildet, ist nunmehr das großartig angelegte Werk abgeschlossen. Auch dieser Band behandelt in vollständig moderner Weise das öffentliche Gesundheitswesen, indem er sich auf eine internationale Basis stellt und sowohl die hygienischen und sozialhygienischen, wie auch die medizinalgesetzlichen Maßnahmen und Bestimmungen in fast sämtlichen größeren europäischen und verschiedenen außereuropäischen Kulturstaaten erörtert. So sind außer dem Deutschen Reich und den deutschen Bundesstaaten, die immer im Vordergrund stehen, Oesterreich-Ungarn, die Schweiz, Italien, Spanien, Luxemburg, die Niederlande, Belgien, Frankreich, England, Dänemark, Schweden, Norwegen, Rußland, Bulgarien, Rumänien, die Vereinigten Staaten von Nordamerika und Japan berücksichtigt. Man sieht schon hieraus, welcher gewaltige Stoff zu sichten und zu bearbeiten war, und kann es deshalb auch begreiflich finden, daß sich der Verfasser diesmal zu dieser außerordentlich umfangreichen Arbeit eine Anzahl tüchtiger Mitarbeiter: Med.-Rat Dr. Berger, Kreisarzt in Crefeld, die Gerichtsärzte Med.-Rat Dr. Hoffmann und Dr. Marx in Berlin, Kreisarzt Dr. E. Rapmund-Querfurt, Chefarzt Prof. Dr. Roepke-Melsungen, Reg.- u. Med.-Rat Dr. Schwabe-Aachen, gewonnen hat. Trotz dieser Mitarbeit ist aber der einheitliche Charakter des Werkes in allen seinen einzelnen Abschnitten gewahrt und überall an dem Grundsatze festgehalten, nicht bloß den fachmännischen Kreisen — Medizinalbeamten, Hygienikern und Aerzten —, sondern auch allen denjenigen, die sich mit volkswirtschaftlichen und damit auch mit gesundheitlichen und hygienischen Fragen beschäftigen, eine tunlichst klare und erschöpfende Schilderung der einschlägigen Verhältnisse zu geben.

Der Stoff ist in 16 Abschnitten eingeteilt, an die sich ein Anhang anschließt, der Nachträge zu diesen Abschnitten, namentlich neu erlassene Gesetze und amtliche Bestimmungen bringt. — Der I. Abschnitt: Sorge für

gesundes Wohnen, behandelt die gesundheitlichen Anforderungen in bezug auf das Wohnen, Ortsbebauungspläne, Bauordnungen, Handhabung der Baupolizei, lokale Wohnungsordnungen und Wohnungsaufsicht (Wohnungspfleger), Arbeiterwohnungen, Schlafstellen- und Kostgängerwesen, Herbergen, Massenquartiere, gemeinnützige Baugenossenschaften, Schutz gegen Ruß und Staub usw. Ihm folgen die Abschnitte über die Beseitigung der Abfallstoffe, Reinhaltung des Bodens und der Gewässer (Gruben- u. Tonnensystem, Kanalisation, Verwertung der festen und flüssigen Abfallstoffe), Straßenhygiene und Müllabfuhr (II) und über die Fürsorge für einwandfreies Trink- und Gebrauchswasser (III). — Der IV. Abschnitt enthält die gesundheitlichen Anforderungen im Verkehr mit Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen sowohl im allgemeinen (Wochenmärkte, Markthallen, Untersuchungsämter, Beteiligung der Gesundheitsbeamten), als gegenüber den einzelnen Nahrungsmittelgruppen und Gebrauchsgegenständen. Auch die durch Nahrungsmittel bedingten Krankheiten Pellagra und Strahlenpilzkrankheit sind berücksichtigt. — Sehr eingehend und erschöpfend wird im V. Abschnitt die Gewerbehygiene und der Schutz gegen Gesundheitsschädigungen durch die verschiedenen gewerblichen Betriebe behandelt; dasselbe gilt betreffs des umfangreichsten Abschnittes (VI) des ganzen Werkes, der die Prophylaxis und die Bekämpfung ansteckenden Krankheiten betrifft und nicht nur eine vorzügliche allgemeine Darstellung der in dieser Hinsicht zu stellenden Anforderungen und Maßnahmen einschließlich der internationalen und der in den einzelnen Kulturstaaten getroffenen einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen bringt, sondern auch in zahlreichen Unterabschnitten alle in Betracht kommenden übertragbaren akuten und chronischen Krankheiten in erschöpfender Weise behandelt. — Der VII. Abschnitt ist dem wichtigen Gebiet der Fürsorge für Kinder in den ersten Lebensjahren (Säuglingsfürsorge, Findelpflege, Kost- und Haltekinderwesen, Krippen- und Kinderbewahranstalten) gewidmet, während der folgende Abschnitt (VIII) das moderne Gebiet der Schulgesundheitspflege einschließlich der Jugendfürsorge umfaßt und sowohl die starke Initiative der Gemeinden als den internationalen Aufschwung auf diesem Gebiete recht deutlich erkennen läßt. — Der folgende Abschnitt (IX) bringt die Fürsorge für Kranke und Gebrechliche (Blinde, Taubstumme, Krüppel, Geisteskranke und Trinker). Sehr ausführlich sind hier u. a. die Irrengesetzgebung in den einzelnen Kulturstaaten, die familiäre Irrenpflege, die Bekämpfung des Alkoholismus geschildert; ebenso ist das jetzt auch unter staatlicher Mitwirkung organisierte Rettungs- u. Krankentransportwesen (erste Hilfeleistung, Rotes Kreuz usw.) berücksichtigt. Der X. Abschnitt behandelt das öffentliche Badewesen, der darauffolgende (XI.) die Kurorte, Heilquellen, Sommerfrischen und Seebäder sowie die an diese zu stellenden hygienischen Anforderungen einschließlich der zu ihrer Durchführung getroffenen gesetzlichen Maßnahmen. — Im XII. Abschnitt wird die Organisation der Fürsorge für Reisende zu Wasser und zu Lande (Eisenbahn- und Schiffshygiene) und im nächsten Abschnitte (XIII) die Fürsorge für Gefangene (verschiedene Haftsysteme, gesundheitliche Anforderungen in bezug auf die baulichen Einrichtungen der Gefängnisse, die ärztliche Ueberwachung, Beköstigung, Beschäftigung der Gefangenen usw.) besprochen. — Leichenschau- und Bestattungswesen (Begräbniswesen, Leichentransport, Feuerbestattung usw.) bilden den Inhalt des XIV. Abschnittes. — Der XV. Abschnitt: Ausübung der Heikunde zerfällt in 4 Unterabschnitte: Aerzte, Zahnärzte, ärztliches Hilfspersonal (Zahntechniker, Heilgehilfen, Krankenpfleger, Hebammen) und Ausübung der Heilkunde durch nicht approbierte Personen; im letzten Abschnitt (XVI) wird der Verkehr mit Arzneimitteln, Geheimmitteln und Giften in und außerhalb der Apotheken erörtert.

Ausführlicher auf die einzelnen Abschnitte einzugehen, würde den Zweck eines Referats überschreiten; deshalb begnüge ich mich mit dem vorstehenden kurzen Ueberblick des reichen und modernen Inhalts, der auf keine Fragestellung versagt und dabei den großen Vorzug besitzt, daß er wichtige vergleichende Betrachtungen gestattet nicht nur in bezug auf die gesundheitlichen Verhältnisse und Maßnahmen in den meisten Kulturstaaten, sondern auch in bezug auf die Beteiligung des Staates und die zu nehmende Initiative der Gemeinden auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens. Es liegt

hier ein von sachkundiger Hand geschaffenes und so recht als Ratgeber für den praktischen Gebrauch geeignetes Werk vor, das seiner Bibliothek einzuverleiben, jedem Medizinalbeamten, Hygieniker und Arzt aufs wärmste empfohlen werden muß. Dr. Oebbecke-Breslau.

Prof. Dr. Arthur Keller-Berlin und **Priv.-Doz. Dr. Walter Birk**-Kiel: **Kinderpflege-Lehrbuch.** Mit einem Beitrag von Dr. Axel Tagesson Möller. 2. Aufl. Mit 40 Abbildungen. Berlin 1914. Verlag von Julius Springer. Preis: 2 M.

Das Lekrbuch, das bei seinem ersten Erscheinen eine recht günstige Aufnahme gefunden hat (vgl. die Besprechung in dieser Zeitschrift, Jahrg. 1911, S. 788), liegt umgearbeitet in neuer Auflage vor. Für denjenigen, der das Buch noch nicht kennt, sei kurz bemerkt, daß es in 3 Hauptteile zerfällt, einen allgemeinen Teil über den kindlichen Körper, die Entwicklung, Pflege, Erziehung und Ernährung des Kindes, einen speziellen Teil über Kinderpflege (mit einem bemerkenswerten Abschnitt über Zimmergymnastik bei Kindern von A. T. Möller, mit trefflichen Abbildungen) und eine Abhandlung über Säuglingsfürsorge.

Das Buch, das für alle mit der Pflege gesunder und kranker Kinder beschäftigter Frauen und Mädchen (namentlich Schwestern) bestimmt ist, kann nur bestens empfohlen werden, da es, von hervorragenden Fachleuten geschrieben, den Stoff in anziehender Weise den Leser übermittelt und den praktischen Anforderungen in jeder Weise gerecht wird.

Solbrig-Königsberg.

Dr. Hans Much, Oberarzt am Eppendorfer Krankenhaus: **Krankheitsentstehung und Krankheitsverhütung und geheimnisvolle Lebensäusserungen des Körpers.** Oeffentliche im hamburgischen Vorlesungsgebäude in den Wintern 1911 und 1912 gehaltene Vorlesungen. Würzburg 1913. Verlag von Curt Kabitzsch. 117 S. Preis: 3 M.

Der Titel mit dem geheimnisvollen Ausklang könnte phantastische Neugier reizen; sie würde sich aber enttäuscht finden. Allerdings werden Gegenstände vorgetragen, die meistens einem allgemeinen Publikum, an das sich diese Vorlesungen richten, ein Buch mit sieben Siegeln bedeuten; die physiologischen Vorgänge bei der Pathogenese der Infektionskrankheiten und unsere neuen, der Natur selbst abgelauschten und abgetrotzten Methoden ihrer Prophylaxe und Behandlung. Aber die Darstellung dieser Dinge ist so klar, so flüssig und in gutem Sinne populär, daß die Entschleierung der „geheimnisvollen Lebensäußerungen“ zum mindestens nichts Geheimnisvolles an sich hat.

Auf den eigentlichen Inhalt braucht nur kurz eingegangen zu werden. Zur Besprechung gelangen der Hauptsache nach nur die wichtigsten Infektionskrankheiten, die Wirkungsweisen der Krankheitserreger, ihre hauptsächlichsten Formen, die Entstehung und die Arten der Immunität und die therapeutischen Lehren, die aus der Erkenntnis ihres Wesens gezogen worden sind. Eindrucksvoll wird bei diesen Ausführungen das Verdienst der bedeutendsten Forscher hervorgehoben und auf ihren zum Teil tragischen Lebensgang hingewiesen. Nicht unerwähnt bleibt auch das Tragikomische, das in der geringschätzigen und höhnischen Ablehnung liegt, wie sie manche hervorragende Entdeckung, der später durch die Not zum Siege verholfen wurde, erfahren hat.

Eine sehr verdienstvolle Arbeit.

Dr. Rühle-Halle-Vietleben.

Dr. Richard Traugott-Breslau: **Der Traum,** psychologisch und kulturhistorisch betrachtet. Würzburg 1913. Verlag von Kurt Kabitzsch. 70 S. Preis: 1,50 M.

Die Broschüre stellt sich die Aufgabe, die Verwandtschaft des Traumdenkens mit dem primitiven Denken nachzuweisen. Dabei finden auch die Freudschen Analysen eine ziemlich ausführliche Wiedergabe, wenn auch der Verfasser „diesem Autor und seinen Anschauungen nicht völlig zu folgen vermag“. Die kleine Studie bietet dem, der psychologischen und kulturgeschichtlichen Fragen Interesse entgegenbringt, eine Fülle von Anregung und ist mit Genuß zu lesen. Dr. Rühle-Halle-Vietleben.

Dr. Karl Arnold: Repetitorium der Chemie mit besonderer Berücksichtigung der für die Medizin wichtigen Verbindungen sowie des deutschen Arzneibuches und anderer Pharmakopöen namentlich zum Gebrauche für Mediziner und Pharmazeuten. 14. Auflage. Verlag von Leopold Voß. Leipzig und Hamburg 1913. Gr. 8°. 574 S. Preis: geb. 7,50 M.

Das bekannte Buch ist jetzt bereits in 14. Auflage mit insgesamt 50000 Exemplaren zur Ausgabe gelangt; auch ist es mehrfach in fremde Sprachen übersetzt. In der neuen Auflage ist sein Format vergrößert; auch ist nicht mehr für die Namen der chemischen Stoffe die volkstümliche, sondern die in den Berichten der deutschen chemischen Gesellschaft gebräuchliche sogenannte gelehrte Rechtschreibung angewendet. Die Einteilung des Stoffes (allgemeine Chemie, anorganische und organische Chemie) ist die gleiche geblieben, doch hat die Uebersichtlichkeit der Einteilung durch eine möglichst gleichartige Bearbeitung der Hauptkapitel noch gewonnen: die Abhandlungen über kolloide Lösungen, Radiochemie, die selteneren Elemente und deren Verbindungen sind völlig umgearbeitet, sowie alle wichtigen Fortschritte auf dem Gebiete der medizinischen, pharmazeutischen und technischen Chemie wiederum berücksichtigt. Ein ausführliches Sachregister des Buches, das seinen Zweck in jeder Hinsicht erfüllt und keiner weiteren Empfehlung bedarf, erleichtert die Orientierung. Dr. Ritter-Minden.

Tagesnachrichten.

Die von der Reichsregierung in Aussicht gestellte Aufstellung bestimmter **Grundsätze für die Regelung der Arbeitsverhältnisse des Krankenpflegepersonals** ist nunmehr auf Grund des von dem Reichsgesundheitsamtes veranstalteten Ermittelungen erfolgt und über ihre Fassung auch eine Verständigung erzielt worden. Die Bundesregierungen werden diese Grundsätze entweder auf dem Aufsichtswege einführen oder durch eine Einwirkung auf die kirchlichen Oberen, denen die Orden, Kongregationen, Diakonissenhäuser usw. unterstellt sind, für die Innehaltung der Bestimmungen sorgen. Um einer Überarbeitung des Personals vorzubeugen, ist eine einheitliche Regelung dahin erfolgt, daß eine Dienstordnung aufzustellen ist. Um einer Überarbeitung des Krankenpflegepersonals vorzubeugen, soll eine neunstündige Ruhezeit am Tage eingehalten werden, mindestens ein freier Nachmittag in der Woche und ein freier Sonntag im Monat gewährt werden. Der Urlaub im Jahre soll nicht unter 14 Tagen betragen. Sobald die Grundsätze veröffentlicht sind, werden sie in der Beilage „Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung" abgedruckt werden.

Wie die „Neue politische Correspondenz" mitteilt, ist der Entwurf eines **Reichsgesetzes über die Fürsorge für Unfälle der Beamten im öffentlichen Dienst** im Reichsamt des Innern festgestellt und bereits vor mehreren Monaten den beteiligten preußischen Ressorts übersandt worden. Es wird sodann zurzeit noch geprüft, ob die schwierige Materie, die erheblich in die Verhältnisse der Einzelstaaten eingreift und nicht ohne weiteres der Zuständigkeit des Reiches unterliegt, nicht richtiger auf landesrechtlichem Wege zu regeln ist. Jedenfalls besteht aber bei den maßgebenden Stellen im Reiche wie in Preußen der ernste Wille, baldigst auf dem einen oder dem anderen Wege eine angemessene Unfallfürsorge für die beteiligten Kreise einzuführen.

Die Bürgerschaft in Hamburg hat in ihrer Sitzung vom 6. d. Mts. den ihr im vorigen Jahre zugegangenen Gesetzentwurf über den **Verkehr mit Kuhmilch** nach den Vorschlägen des mit der Vertretung der Vorlage befaßt gewesenen Ausschusses angenommen und bei dieser Gelegenheit einstimmig beschlossen, den Senat zu ersuchen, im Bundesrat auf den baldigen Erlaß eines für das ganze Reichsgebiet geltenden Milchgesetzes hinzuwirken. Inzwischen ist beim preußischen Abgeordnetenhause in der Sitzung vom 16. d. Mts. ein Antrag des Abg. Dr. Porsch (Zentr.) auf Einrichtung eines **Instituts für Milchwirtschaft** behufs wissenschaftlicher Erforschung sämtlicher auf milchwirtschaftlichem Gebiete auftretenden Fragen angenommen.

Am 15. und 16. d. M. ist der **Fall Spohr** in Frankfurt a. M. von neuen bei der Strafkammer des dortigen Landgerichts zur Verhandlung gekommen. Der dortige impfgegnerische Arzt war bekanntlich im vorigen Jahre von dieser Strafkammer wegen Uebertretung des Reichsseuchengesetzes ebenso wie der ihn z. Zt. behandelnde Arzt Dr. Bachem zu 300 M. Geldstrafe verurteilt, aber von der Anklage auf Körperverletzung freigesprochen. Gegen dieses Urteil hatte die Staatsanwaltschaft Revision beim Reichsgericht eingelegt, der dieses durch Urteil vom 26. Februar 1914 stattgab, weil die Strafkammer nach Lage der Sache die Frage der fahrlässigen Körperverletzung bei dem Angeklagten nicht hatte verneinen dürfen. (Die betreffenden Urteile sind in dieser Zeitschrift s. Zt. mitgeteilt.) Die erneute Verhandlung vor der Strafkammer des Landgerichts in Frankfurt, zu der als Sachverständige Kreisarzt Dr. Fromm-Frankfurt, Geh. Med.-Rat Dr. Krause, Mitglied des Provinzialmedizinalkollegiums in Cassel, Wirkl. Geh. Rat Prof. Dr. Bäumler-Freiburg i. Br., Prof. Dr. Neißer und Prof. Dr. Fischer-Frankfurt a. M. sowie die Impfgegner Dr. Böing-Groß-Lichterfelde und Prof. Dr. Sticker-Münster i. W. zugezogen waren, führte, wie zu erwarten stand, zur Verurteilung des Dr. Spohr wegen fahrlässiger Körperverletzung in vier Fällen zu 1800 M. und wegen Uebertretung der §§ 1, 2 und 45 des Reichsseuchengesetzes zu 150 M. Geldstrafe; von der vom Staatsanwalt beantragten Gefängnisstrafe von 2 Monaten hat also das Gericht Abstand genommen. Dr. Bachem wurde wiederum wegen Uebertretung des Reichsseuchengesetzes zu einer Geldstrafe verurteilt, diese aber auf 150 M. herabgesetzt.

Am 7. d. M., mittags 1 Uhr, ist der **Erweiterungsbau der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde** in Berlin durch eine akademische Feier, an der Vertreter des Kultusministeriums, der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern, des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, der medizinischen Fakultät, der Kaiser Wilhelms-Akademie, des Polizeipräsidiums und des Magistrats, sämtliche Gerichtsärzte in Berlin, alle gegenwärtigen und verschiedene frühere Assistenten des Institutes sowie die gerade zum Fortbildungskursus anwesenden Kreisärzte teilnahmen. Der Direktor des Instituts, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Straßmann hielt die Begrüßungsansprache, in der er die Aufgaben des gerichtlich-medizinischen Unterrichts darlegte. An diese Ansprache schloß sich eine Besichtigung des jetzt allen Anforderungen entsprechenden Instituts und seiner Sammlungen. Als Auszeichnungen wurde dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Straßmann der Kronenorden III. Klasse und dem ersten Assistenten des Instituts, Privatdozent Dr. Paul Fraenckel, der Professortitel verliehen.

In Bayern ist durch Bekanntmachung vom 21. April 1914 eine neue **Betriebsordnung für bakteriologische Untersuchungsanstalten** erlassen, die sehr ausführliche Vorschriften über die Entnahme, Verpackung und Versendung von Untersuchungsstoffen unter Berücksichtigung der in Betracht kommenden Krankheiten, von Wasserproben und Leichenteilen enthält.

In Cöln ist ein neues **Museum für Volkshygiene** errichtet und vor kurzem eröffnet. Leiter ist Prof. Dr. Czaplewski.

Die Städte gehen in erfreulicher Weise immer mehr dazu über **Desinfektionsanstalten** einzurichten. Jetzt hat auch der Magistrat in Anklam den Bau einer solchen beschlossen und mit der Ausführung der Inneneinrichtung die Deutsche Desinfektions-Zentrale beauftragt.

Die **Ausstellung für Gesundheitspflege** in Stuttgart ist am 19. d. Mts. in Gegenwart Seiner Majestät des Königs eröffnet worden.

Eine außerordentliche Generalversammlung der **Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuscherwesens** findet am 23. d. Mts. in Dresden (Hotel Höritzsch) statt.

Die **Mitgliederversammlung** des **Preußischen Landesverbandes für Krüppelfürsorge** findet am 2. Juni d. Js., also am Tage vor dem III. Deutschen

Kongreß für Krüppelfürsorge (s. Nr. 8 der Zeitschrift, S. 327) vormittags 10 Uhr in Frankfurt a. Main (Klubsaal des Kaufmännischen Vereins, Eschenheimer Anlage 40/41 am Tor) statt. Tagesordnung: 1. „Die Notwendigkeit des orthopädischen Universitätsunterrichts". Prof. Dr. Ludloff-Dresden. 2. Aussprache über die an die Herren Minister des Innern und der geistl. und Unter.-Angel. pp. gerichtete Eingabe betr. Krüppelfürsorge in Preußen.

Die **XVIII. Generalversammlung** des **Deutschen Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose** findet am Freitag, den 5. Juni 1914, vormittags 10 Uhr, im Plenar-Sitzungssaal des Reichstagshauses, Eingang Portal II statt. Tagesordnung: Geschäftsbericht, Rechnungslegung. Hierauf Vortrag: „Die Fürsorge für die aus den Lungenheilstätten Entlassenen". Berichterstatter: Prof. Dr. Roepke, Heilstätte Melsungen und Magistratsrat Woebling, Eichwalde-Berlin.

Am Tage zuvor, am Donnerstag, den 14. Juni 1914, hält der **Ausschuß des Zentralkomitees** seine Sitzung ebenfalls im Reichstagshause ab. Zur Beratung gelangen:

1. Vorbeugende Maßregeln gegen die Tuberkulose im Säuglingsalter. Berichterstatter: Prof. Dr. Langstein-Berlin. 2. Die Bedeutung der Angestelltenversicherung für die Tuberkulosebekämpfung. Berichterstatter: Dr. med. v. Gimborn-Berlin. 3. Inwiefern können die städtischen Wohnungsämter die Bekämpfung der Tuberkulose unterstützen? Berichterstatter: Stadtrat Seydel-Charlottenburg. 4. Anträge und Mitteilungen.

Pest. In Aegypten sind vom 11.—24. April 5 Personen an der Pest erkrankt und 4 gestorben, in Britisch-Ostindien vom 22.—28. März: 17105 (14724), in Niederländisch-Indien vom 8.—21. April: 692 (620), in Hongkong vom 22. März bis 4. April: 139 (85), davon 69 Erkrankungen in Viktoria, in Peru vom 16. Februar bis 10. März 45, in Ecuador im Februar: 16 (11), in Brasilien (Bahia) vom 1.—7. März 1 (gestorben), in Cuba bis 16. April: 9 (2).

Cholera. Mehrfache Erkrankungen sind wieder in der Türkei bei den in Adrianopel befindlichen Truppen vorgekommen; seit März bis 21. April: 13 (2). In Hongkong sind vom 22.—28. März 11 Erkrankungen und 7 Todesfälle gemeldet.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 12. bis 25. April 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rückfallfieber, Aussatz, Rotz: — (—), — (—); Fleckfieber: 1 (—), 1 (—); Tollwut: 1 (—), 8 (—); Pocken: 6 (—), 2 (2); Milzbrand: 4 (—), 1 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 1 (—), 1 (—); Unterleibstyphus: 123 (17), 117 (20); Ruhr: 16 (—), 6 (—); Diphtherie: 1259 (100), 1435 (83); Scharlach: 1363 (78), 1468 (51); Kindbettfieber: 111 (33), 92 (30); Genickstarre: 9 (7), 3 (2); spinaler Kinderlähmung: 2 (—), 1 (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 1 (—), 16 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 121, 413; Tuberkulose (gestorben): 983, 903.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Med.-Rats Dr. R. in T.: Gehört eine im Auftrage der Ortspolizeibehörde ausgeführte Untersuchung einer Wohnung in hygienischer Hinsicht zu den gebührenfreien Pflichtaufgaben des Kreisarztes?

Antwort: Nein.

Mitteilung. Der **Herausgeber der Zeitschrift** ist bis zum **15. Juni d. J. verreist.** Wenn ihm auch Postsachen nachgeschickt werden, so bittet er doch, von **nicht eiligen** Zusendungen, insbesondere von **Anfragen für den Sprechsaal Abstand zu nehmen.**

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 11. Ausgegeben am 5. Juni 1914.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:
Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch
J C C BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Annoncen-Annahme und verantwortlich für den Inseratenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Berlin NW. 7.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 11.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Prädikat Professor: dem San.-Rat Dr. Lenzmann in Duisburg, den Privatdozenten Dr. Stertz in Breslau, Dr. Aichel in Kiel und Dr. Adam in Berlin; — der Rote Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Geh. Med.-Rat Dr. Wolff in Berlin; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Geh. San.-Rat Dr. Parreidt in Cöln, San.-Rat Dr. Ulrich in Königsberg i. Pr. und dem prakt. Arzt Dr. Warmburg in Seattle; — der Kronenorden III. Klasse: dem a. o. Prof. Dr. Falkenheim in Königsberg i. Pr. und dem prakt. Arzt Prof. Dr. v. Schab in Schanghai.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Ehren-Großkomturkreuzes des Großherzoglich Oldenburgischen Haus- und Verdienstordens des Herzogs Peter Friedrich Ludwig: dem Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner, Ministerialdirektor im Ministerium des Innern, Berlin; des Königlich Bayerischen Militärverdienstordens mit der Krone und des Ritterkreuzes I. Klasse mit der Krone des Königlich Sächsischen Albrechtsordens: dem Oberstabsarzt a. D. Dr. Hochheimer in Berlin-Steglitz; des Komturkreuzes II. Klasse des Herzoglich Sachsen-Ernestinischen Hausordens: dem o. Prof. Geh. Med.-Rat Dr. Ad. Schmidt in Halle a. S.; des Ritterkreuzes II. Klasse desselben Ordens: dem Leiter der Lungenheilstätze Dr. Servaes in Römhild; des Großoffizierkreuzes des Königlich Serbischen St. Sawaordens: dem Prof. Dr. Zinn, leitender Arzt am städt. Krankenhause Moabit in Berlin; des Kommandeurkreuzes desselben Ordens: dem Prof. Dr. von Oettingen in Berlin-Wilmersdorf und dem Oberarzt Dr. Böhme an der medizin. Klinik in Kiel; des Offizierkreuzes desselben Ordens: dem Arzt Dr. Malade in Treptow a. T.; des Ritterkreuzes des Päpstlichen Ordens des Heiligen Silvester: dem Arzt Dr. Stemmler in Bad Ems.

Ernannt: Der wissenschaftliche Hilfsarbeiter Dr. Wedemann zum ständigen Mitarbeiter beim Kaiserlichen Gesundheitsamt; Kreisassistenzarzt Dr. Janz in Willenberg zum Kreisarzt in Neidenburg; der prakt. Arzt Dr. Landsberger in Neukloster zum Kreisassistenzarzt in Gelsenkirchen.

Gestorben: San.-Rat Dr. Claus in Rees, Geh. San.-Rat Dr. Fliegel in Hirschberg i. Schles., Dr. Theodor Quellhorst in Scharmbeck (Reg.-Bez. Stade), Abteilungsarzt Dr. Schulze in Hörde (Westfalen), Dr. Richter, Kreisarzt a. D. und San.-Rat Dr. Theodor Lippmann in Berlin, Oberstabsarzt a. D. Dr. Müller-Kypke in Charlottenburg, Dr. Karch in Aachen, Dr. Sickmann, Oberarzt am Mariahilfer Krankenhaus in München-Gladbach, Dr. Biernath in Neidenburg, Kreisarzt a. D. Geh. Med.-Rat Dr. Falkenbach in Mayen (Rheinland), Oberstabsarzt a. D. Dr. Friedrich Schäfer in Bangkok (Siam), Dr. Gustav Heermann in Bocholt (Westfalen).

Königreich Bayern.

Ernannt: Bezirksarzt Dr. Frickhinger in Augsburg zum Reg.- und Med.-Rat bei der Regierung von Unterfranken in Würzburg, Dr. W. Stritzl in Dorfen zum Bezirksarzt in Mainburg, Bezirksarzt Dr Raab in Ansbach zum Mitglied des dortigen Kreismedizinalausschusses für Mittelfranken.

In den Ruhestand getreten: Reg.- und Med.-Rat Dr. Egger in Aschaffenburg unter Verleihung des Titels und Ranges eines Königl. Obermedizinalrates.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang als Geheimer Rat: dem o. Prof. Geh. Med.-Rat Dr. Sattler in Leizig; — als Ge-



heimer Medizinalrat: dem med. Beirat der Kreishauptmannschaft Ob.-Med.-Rat Dr. Menschel in Bautzen; — als Medizinalrat: dem Gerichtsarzt Dr. Oppe in Dresden, Leiter der Landesanstalt Großhennersdorf Dr. Meltzer und Bezirksarzt Dr. Wengler in Plauen i. V.; — als Geheimer Sanitätsrat: den San.-Räten Dr. Fichtner in Mexiko und Stadtkrankenhausdirektor Dr. Horn in Zwickau; — als Sanitätsrat: den prakt. Aerzten Dr. Bloedorn in Nerchau, Dr. Breyer in Chemnitz, Dr. Buddens in Liebstadt, Dr. Döring in Kohren, Dr. Eilfeldt in Rochlitz, Dr. Elssner in Bautzen, Dr. Emmerich in Ostrau, Dr. Geigenmüller in Oelsnitz i. V., Dr. Georgi in Leipzig, Dr. Graupner in Dresden, Dr. Härtel in Merane, Dr. Kind in Leipzig, Dr. v. Koch in Dresden, Dr. Mechler in Leipzig, Dr. Schellhorn in Mohorn, Dr. Scheumann in Großenhain, Dr. Schmidt in Wachwitz, Dr. Schottin in Dresden, Dr. Ullrich in Taucha, Dr. Wagner in Chemnitz, den Frauenärzten Dr. Kaiser in Dresden und Dr. Zehe in Leipzig, dem Badearzt Dr. Borsutzky in Bad Elster, dem Spezialarzt für Chirurgie und Orthopädie Dr. Buchbinder in Leipzig, dem Oberarzt am Carolahause Dr. Hartung in Dresden, dem prakt. Arzt und Stiftsarzt Dr. Pape in Hartenstein, den Bahnärzten der Staatseisenbahnverwaltung Dr. Dietz in Johanngeorgenstadt, Dr. Leonhardt in Reichenau, Dr. Linke in Großröhrsdorf und Dr. Rehn in Zwickau, dem Gerichtsassistenzarzt Dr. Ullrich in Frauenstein; —

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **E. Merck, Darmstadt** über „PERHYDROL" bei, worauf wir noch besonders hinweisen.

---

27. Jahrg. **Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE.** 1914.

das Ritterkreuz I. Klasee des Verdienstordens: dem Ob.-Med.-Rat Dr. Streit in Dresden und Geh. Med.-Rat Dr. Payr in Leipzig, den Generaloberärzten Dr. Siems, Divisionsarzt in Chemnitz, Dr. Sommerey, Chefarzt des Gar.-Laz. in Leipzig und Dr. Wagner im Kriegsministerium zu Dresden; — das Offizierkreuz des Albrechtsordens: dem Geh. Med.-Rat Dr. Schmaltz, o. Mitglied des Landesgesundheitsamtes, in Dresden; — die Krone zum Ritterkreuz I. Kl. des Albrechtsordens: dem prakt. Arzt Hofrat Dr. Behrens in Dresden, dem o. Honorarprofessor Med.-Rat Dr. Rille in Leipzig; — das Ritterkreuz I. Kl des Albrechtsordens mit der Krone: dem Ober-Med.-Rat Dr. Hertzsch, mediz. Rat bei der Kreishauptmannschaft Leipzig; — das Ritterkreuz I. Klasse des Albrechtsordens: dem prakt. Arzt Hofrat Dr. Heyde, Frauenarzt Dr. Weißwange in Dresden, San.-Rat Dr. Kern in Leipzig, San.-Rat Dr. Bartels, leitender Arzt der Heilstätte Gottleuba, Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Petzholdt in Pirna, San.-Rat Dr. Sonnenkalb, Bahnarzt der Staatseisenbahnverwaltung, in Leipzig, den Oberstabs- und Regimentsärzten Dr. Maue in Plauen, Dr. Weickert in Zwickau, Dr. Pietzsch in Zittau, Dr. Strohbach in Pirna, Dr. Fehre in Chemnitz, Dr. Hein in Wurzen, Dr. Graßl in Riesa; — die goldene Medaille „Virtuti et ingenio“ mit der Berechtigung dieselbe am Bande des Verdienstordens zu tragen: dem Geh. Rat Prof. Dr. Fiedler, Ehrenmitglied des Landesgesundheitsamtes in Dresden; — das Erinnerungskreuz für freiwillige Krankenpflege: den San.-Räten Dr. Kertscher in Reichenau bei Zittau, Dr. Schwarz in Mittweida und Dr. Klotz in Siebenlehn, den prakt. Aerzten Dr. Kay in Wolkenstein Dr. Pezold in Mülsen St. Jakob, Dr. Schlobach in Bannewitz, Dr. Bartcky in Wilsdruff, Dr. Bauer in Markneukirchen, Dr. Zerener, Dr. Braun, Dr. Göthel und Dr. Pistor in Dresden, Dr. Braune in Einsiedel und Dr. Schroeder in Leipzig, Generalarzt a. D. Dr. Rühlemann in Blasewitz.

Ernannt: Dr. Plange, Oberarzt an der städtischen bakteriologischen Untersuchungsanstalt in Dresden zum II. Stadtarzt daselbst.

Gestorben: San.-Rat Dr. Sachse in Leipzig.

weise lange vorausgeeilt. So erwähnt Nuttall[2]) (1), dessen

[1]) Nach einem auf der Jahresversammlung der Bezirksärzte (1914) des Reg.-Bez. Bautzen gehaltenen Vortrage.

[2]) Die vorliegende Arbeit erhebt durchaus keinen Anspruch auf Literaturvollständigkeit. Reiche Literatur bei Nuttall.

Königreich Württemberg.

Die Erlaubnis erteilt zur Anlegung des Ritterkreuzes des Königl. Bulgarischen Zivilverdienstordens: dem Assistenzarzt Dr. Wirker am Städtischen Krankenhause in Frankfurt a. M.

Grossherzogtum Baden.

Ernannt: Praktischer Arzt Dr. Frey in Blumberg zum Bezirksarzt in Pfullendorf.

Versetzt: Bezirksarzt Sartori in Bonndorf nach Oberkirch.

Gestorben: Bezirksarzt Dr. Nitka aus Mannheim in Berlin.

Grossherzogtum Hessen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Medizinalrat: dem Kreisarzt Dr. Best in Schotten.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Gestorben: Prof. Dr. Max Wolters in Rostock.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Ernannt: Prakt. Arzt Dr. Burguburu in Straßburg i. Els. zum Reg.- und Gewerbe-Med.-Rat in der Verwaltung von Elsaß-Lothringen.

Gestorben: Dr. Rautenberg in Oberhof (Thüringen), San.-Rat Dr. Kloeppel in Blankenburg i. Harz, Dr. Dammann in Schwartau (Fürstentum Lübeck).

27. Jahrg. Zeitschrift 1914.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Nr. 11. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Juni.

Fliegen als Krankheitsüberträger in Deutschland und ihre Bekämpfung.[1])

Von Dr. Heyn, Königl. Bezirksarzt in Kamenz i. S.

Die Bedeutung der Fliegen als Ueberträger ansteckender Krankheiten hat in den für die öffentliche Gesundheitspflege verantwortlichen Kreisen in den letzten Jahren immer größere Beachtung gefunden. Wenn es auch heute noch nicht möglich ist, bei allen durch Fliegen übertragbaren Krankheiten ein abschließendes Urteil darüber zu fällen, in welchem Maße die Fliegen bei der Entstehung von Epidemien beteiligt sind, so hat sich doch die Erkenntnis immer mehr und mehr Bahn gebrochen, daß wir die Fliegen nicht nur als lästige und unappetitliche Quälgeister, sondern auch als Ueberträger oft recht bedenklicher Krankheiten ansehen müssen. Hierbei ist übrigens, wie in so vielen anderen Dingen der Heilkunde, die Erfahrung der großen Menge dem experimentellen Beweise lange vorausgeeilt. So erwähnt Nuttall[2]) (1), dessen

[1]) Nach einem auf der Jahresversammlung der Bezirksärzte (1914) des Reg.-Bez. Bautzen gehaltenen Vortrage.

[2]) Die vorliegende Arbeit erhebt durchaus keinen Anspruch auf Literaturvollständigkeit. Reiche Literatur bei Nuttall.

vorzügliche und eingehende Arbeit allen denen, die sich für das vorliegende Thema interessieren, aufs wärmste empfohlen sei, daß bereits der Bischof Knud von Aarhus in seinem 1498 erschienenen Buche „De regimine pestilentico“ auf das Erscheinen vieler Fliegen als eines der ersten Zeichen der herannahenden Pest hinweist, was auch Diemerbrock (ca. 1646) (2) für Norwegen und Schweden bestätigt; ebenso berichtet Haeser (3), daß die Stadt Bengasi in Tripolis, die durch eine Pestepidemie 1858/59 zwei Drittel ihrer Bewohner verlor, bei den Türken „das Königreich der Fliegen“ hieß. Ferner erwähnt Siebert (4), daß die Fliegen bei den Chinesen, bei denen auch nach Tsuzuki (5) eine für den Fremden ganz unerträgliche Fliegenplage herrschen soll, schon seit langer Zeit als Ueberträger von Krankheiten gelten und führt den Ausspruch seines boys an: „viel Fliege, viel klank“ (der Chinese kann das r nicht sprechen), was die Chinesen freilich nicht abhalte, im Freien zu defäzieren, wo man dann oft die ruhrartigen Stühle von Fliegen überlagert antreffe.

Es muß demgegenüber eigentlich Wunder nehmen, daß diese Rolle der Fliegen und anderer Insekten bei der Uebertragung ansteckender Krankheiten in Europa bis in die neuere Zeit hinein nur wenig betont worden ist. Man hat wohl hier und da auf Grund von Versuchen auf eine solche Uebertragungsmöglichkeit hingewiesen, zum Gemeingut aller Aerzte, geschweige denn des großens Publikums, ist diese Ansicht aber noch nicht geworden. So meint auch Lentz (6), daß die Verbreitung von Krankheitskeimen durch Fliegen und andere Insekten für die bei uns heimischen bakteriellen Infektionskrankheiten wohl nur in beschränktem Maße und nur unter bestimmten Voraussetzungen zutreffe, gibt aber dann selbst an, daß man bei der großen Ruhrepidemie in Döberitz 1901 wohl mit Recht auch an eine Uebertragung durch Fliegen gedacht habe. In neuester Zeit hat auf der 38. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege Czaplewski (7) auf die Wichtigkeit der Uebertragung von Krankheitskeimen durch Stuben- und Stechfliegen und andere Insekten wieder hingewiesen.

Daß man gerade in Deutschland der Möglichkeit der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch Fliegen noch keine sehr große Beachtung geschenkt hat, dürfte wohl auf zwei Umstände zurückzuführen sein, und zwar einmal darauf, daß die durch Fliegen übertragbaren Krankheiten, vor allem die Ruhr, dann aber auch Typhus, Cholera, Tuberkulose, Rückfallfieber, Lepra u. a., mit Ausnahme des Typhus und der Tuberkulose, bei uns doch zu den Ausnahmen gehören, dann aber auf den Umstand, daß in Deutschland die Aufbewahrung der Fäkalien wenigstens im großen ganzen einigermaßen befriedigend erfolgt, namentlich in den Städten, und jedenfalls solche gesundheitswidrige und einer Verbreitung der Krankheiten durch Fliegen Vorschub leistende Zustände wie in China,

wo Unzählige ihren Stuhl gewohnheitsmäßig auf der Straße absetzen, nicht mehr vorkommen dürften.

Die Bedeutung der Fliegen als Krankheitsüberträger in den Tropen sei, weil außerhalb des Rahmens dieser Arbeit liegend, hier nur kurz gestreift. Die Uebertragung der Schlafkrankheit durch die Glossina palpalis ist neben der Uebertragung der Nagana durch die Tsetsefliege und der Malaria durch die Anopheles wohl das Schulbeispiel für die Uebertragung von Krankheiten durch Insekten überhaupt. Auch für die Verbreitung anderer tropischer Krankheiten wie der Surrah [Bleyer (8)], der Framboesie [Robertson (9)] und anderer kommen Fliegen in Frage. Es sei hier nur kurz noch erwähnt, daß in den Tropen die Fliegen aber nicht nur als Ueberträger von Krankheitskeimen in Frage kommen, sondern daß sie auch selbst durch Einwanderung ihrer Maden in die Haut oder den Darm zu schweren und nicht selten tödlichen Frkrankungen, der sog. Myiasis dermatosa und intestinalis, führen können. Solche Fälle sind in neuerer Zeit von Wellmann (10), Bleyer (8), Dr. Peiper (11) [Selbstbeobachtung], Carini und Mastrangioli (12), Laurence (13), Broden und Rodhain (14), Berrio (15) u. a. beschrieben worden. Dies möge für die Bedeutung der Fliegen für die tropischen Krankheiten genügen.

Ehe nun auf die durch Fliegen übertragenen, in Deutschland kommenden Krankheiten eingegangen wird, sei kurz einiges über die bei uns vorkommenden Fliegenarten und ihre Lebensweise vorausgeschickt:

Die gemeine Haus- oder Stubenfliege (Musca domestica L.), die nach Howard (16) fast 99% der Gesamtmenge der von ihm in Eßzimmern gefangenen Fliegen ausmachte und auf die sich die nachfolgenden Ausführungen in erster Linie beziehen, gehört zur Familie der Gemeinfliegen (Muscidae). Ihre Körpergröße beträgt 6 mm, sie ist also nicht mit der größeren Stallfliege (Stomoxys calcitrans) und den Bremsen (Tabanidae) zu verwechseln. Die in nicht großer Zahl überwinternden Weibchen legen ihre Eier in den Pferdedünger, dann in Kuhmist, aber auch auf menschliche Faeces, Nahrungsmittel, Küchenabfälle usw. Die kopflosen, schlanken Maden sind weißglänzend und erreichen eine Länge von fast 9 mm; sie verwandeln sich in Puppen, aus denen dann die fertigen Fliegen auskriechen. Nach Gerhard (17) soll der ganze Entwicklungsgang 14 Tage dauern, von denen 1 Tag auf den Eierzustand und je 5—7 Tage auf den Larven- und Puppenzustand kommen. Nach in Washington vorgenommenen Untersuchungen legt 1 Fliege ca. 120 Eier, in einem Sommer sollen sich dort aus 1 Fliege 12—13 Generationen entwickeln können. Die Bevorzugung von Kot- und Misthaufen für die Eierablage erklärt auch das zahlreiche Vorkommen von Fliegen in der Umgebung von Ställen und Abortanlagen. Gerhard führt als indirekten Beweis hierfür die Tatsache an, daß in amerikanischen Städten infolge der Zunahme von Kraftfahrzeugen aller Art und der hierdurch bedingten Abnahme von Stallgruben die Fliegenplage geringer geworden sei. Die Musca domestica vermag nicht zu stechen oder zu beißen; sie sucht mit Vorliebe warme Räume auf und ist deshalb, abgesehen von der Anziehung durch Nahrungsmittel, auch besonders in Küchen zu finden. Sie bevorzugt sonnige Räume und meidet dunkle.

Abgesehen von den obenerwähnten Brutstätten möchte ich noch auf eine andere Brutstätte neuester Errungenschaft hinweisen, das sind die modernen Kläranlagen, besonders die biologischen Tropfkörper. Es ist ja bekannt, daß die Wirkung biologischer Kläranlagen zum größten Teile auf der Lebenstätigkeit kleinster Lebewesen, in erster Linie Bakterien, dann aber auch Larven

aller möglichen Insekten beruht, zu denen auch die Larven der Fliegen gehören. Biologische Anlagen haben auch tatsächlich schon in einer ganzen Reihe von Fällen zu erheblicher Fliegenplage geführt. Fowler (64) erblickt die Ursache dieser Fliegenplage in der Ansammlung von unzersetzten, ungelösten und kolloidalen Stoffen. Ziemlich übereinstimmend weisen die Beobachter darauf hin (Königl. Englische Kommission für Abwasserbeseitigung (18), Schiele (19), Pritzkow (20) u. a.), daß die Fliegenplage bei den Tropfkörpern größer wie bei den Füllkörpern sei, besonders wenn die Tropfkörper aus grobem Material beständen. Dies ist verständlich, da ja die Larven zu ihrem Leben Sauerstoff bedürfen, der ihnen in Tropfkörpern jederzeit zur Verfügung steht, während bei den Füllkörpern während des Füllungszustandes einmal keine Eierablage durch Fliegen erfolgen kann, dann aber auch die ev. in der Zwischenzeit entwickelten Larven durch die Füllung zugrunde gehen. Bei der Bekämpfung der Fliegenplage wird hierauf noch zurückzukommen sein.

Von den anderen bei uns vorkommenden und für eine Krankheitsübertragung in Frage kommenden Fliegenarten sind vor allem noch die Stallfliege (Stomoxys calcitrans), die Schmeißfliege oder Brummer (Musca vomitoria) und die Arten aus der Familie der Bremsen (Tabanidae) zu erwähnen. Die Stallfliege ist größer als die Stubenfliege und unterscheidet sich vor allem auch dadurch, daß sie stechen und also auch Krankheiten unmittelbar durch Stich übertragen kann. Im Sommer legen nach Edelmann (21) die Fliegen ihre Eier oder auch lebende Larven (z. B. Sarcophaga carnaria) auch auf Fleich ab, aus denen sich dann in 24—27 Stunden Fliegenlarven (Maden) entwickeln. Besonders ist dies der Fall bei der Schmeißfliege, deren Entwicklung einen Monat dauert.

Was nun die Art und Weise anlangt, auf die Fliegen Keime ansteckender Krankheiten übertragen können, so kommen hier zwei Möglichkeiten in Frage und zwar einmal der Weg der unmittelbaren Einimpfung des Infektionsstoffs durch Stich in die Haut usw. von Menschen oder Tieren, oder, viel häufiger, mittelbare Uebertragung durch Verschleppung von Krankheitskeimen auf Nahrungsmittel, Gebrauchsgegenstände usw.

Der erste Weg, die unmittelbare Einimpfung des Infektionsstoffes durch Stich, dürfte selten sein. Für die Stubenfliege kommt er, weil sie, wie oben erwähnt, nicht stechen kann, überhaupt nicht in Frage. Am ehesten gehört noch hierher die vielfach behauptete, aber nur durch wenige Versuche erwiesene Uebertragung von Milzbrand durch Stallfliegen oder Bremsen, worauf weiter unten noch näher einzugehen sein wird.

Der häufigste Weg ist zweifellos der zweite Weg, die mittelbare Uebertragung durch Verschleppung von Krankheitskeimen, indem die Fliegen, und zwar in erster Linie die Stubenfliegen, einmal durch Aufsetzen auf infektiöses Material ansteckende Keime an ihre Füße, Flügel und Freßwerkzeuge bringen, dann aber auch solche Keime fressen und nun durch Niederlassen auf Nahrungsmittel (Milch!) oder auch auf Haut oder Schleimhäute von Menschen und Tieren rein mechanisch von Füßen usw. wieder abstreifen oder die in ihrem Magendarmkanal nicht zugrunde gegangenen Keime mit dem Kote wieder entleeren.

Unter denjenigen Krankheiten, die durch Fliegen übertragen werden können, dürfte für uns in Deutschland der

Typhus die größte Rolle spielen. Er sei daher hier zuerst besprochen.

Wie bekannt, setzen sich die Fliegen mit Vorliebe auf Fäkalien aller Art; es ist daher ohne weiteres einleuchtend, daß sie die von einem Typhusstuhl an ihren Füßen, Flügeln und Freßwerkzeugen haftenden oder aufgefressenen und mit dem Kote dann wieder entleerten Typhusbazillen auf ziemlich weite Strecken (ca. 1 km.) verschleppen können. Derartige Versuche und Erfahrungen aus der Praxis liegen denn auch eine ganze Reihe vor. So haben Buchanan (22) und Ficker (23) den experimentellen Nachweis der Verbreitung von Typhuskeimen durch Fliegen erbracht. Ficker konnte nachweisen, daß mit Typhusbazillen gefütterte Fliegen noch nach 23 Tagen zu Uebertragungen fähig waren. Er fand die Bazillen am Kopfe, den Beinen, Flügeln und im Darme und wies zugleich darauf hin, daß sich im Fliegenkot häufig Proteusarten fanden, die zur Verderbnis der von den Fliegen beschmutzten Speisen führen könnten.

Wir wissen nun aus den Versuchen von Hirschbruch und Marggraf (24), daß sich Typhusbazillen auf rohem Fleisch viele Tage lebend erhalten können. Die genannten Forscher stellten Versuche mit rohen Fleischproben von Rind, Kalb, Hammel, Schwein und Kalbsleber an, die alle aus einer großen Metzgerei bezogen waren, und beimpften sie mit 10 verschiedenen Typhusstämmen. Sie fanden hierbei an Kalbsleber, die bei Zimmertemperatur aufbewahrt worden war, noch nach 8 Tagen Typhusbazillen (der Versuch wurde wegen Fäulnis des Fleisches dann abgebrochen), bei Eisschranktemperatur sogar noch nach 22 Tagen. Ebenso konnten sie an allen anderen Fleischstücken, gleichviel, ob sie bei Zimmer- oder Eisschranktemperatur aufbewahrt worden waren, Typhusbazillen noch bis zum 50. Tage nachweisen. Allerdings betonen sie selbst, daß bei ihren Versuchen größere Mengen von Typhusbazillen auf Fleisch gebracht wurden, als wie es in der Praxis wohl vorkomme; jedenfalls gehe aber aus ihren Versuchen hervor, daß sich Typhusbazillen auf rohem Fleisch lange Zeit lebend erhalten können und daß auch die beim Aufbewahren des Fleisches durch Fäulnis entstehenden Veränderungen lange Zeit hindurch nicht imstande seien, Typhusbazillen vollständig zu unterdrücken. Zu ihren Versuchen waren sie durch eine Typhusepidemie von 71 Fällen angeregt worden, deren Ursache in einem Fleisch- und Wurstwarengeschäft gefunden wurde.

Aber nicht nur in Laboratorien, sondern auch in der Praxis selbst ist der Nachweis der Uebertragung von Typhuskeimen durch Fliegen erbracht worden. So fand Bertarelli (25) bei einer Hausepidemie mehrfach Typhusbazillen an Füßen und Freßwerkzeugen von Fliegen, die aus Typhushäusern oder deren Umgebung stammten. Er fing nämlich von den bei einer schweren Typhusepidemie in den Häusern zahlreich vorhandenen Fliegen in den Häusern selbst 120 und im Hofe 35 Fliegen und

konnte außer einer ganzen Anzahl von verdächtigen Keimen bei 6 Fliegen aus den Häusern und 2 aus dem Hofe Typhusbazillen an den Füßen nachweisen. In gleicher Weise führt Cochrane (26) einige Typhusfälle auf den Bermudasinseln auf infizierte Fliegen zurück; denn es gelang ihm, Typhusbazillen an Fliegen nachzuweisen, die aus dem ursprünglichen Typhushause stammten, während das Haus des Nächstinfizierten ca. 400 m entfernt davon lag.

Unvergeßlich ist mir ein selbst erlebter Fall bei einer Typhusepidemie in Kamenz. Dort fand ich bei einem Besuche in einem Typhushause trotz Tags vorher erfolgter ausdrücklicher Belehrung das Nachtgeschirr des Kranken mit seinem undesinfizierten Inhalt, unbedeckt mitten im Hofe in der Sonne stehend vor, umschwärmt von zahllosen Fliegen, ein geradezu klassisches Beispiel dafür, wie die Weiterverbreitung des Typhus manchmal wohl zustande kommen mag. Auch der weitere Verlauf dieser Epidemie, die sich auf eine einzige Straße beschränkte, läßt recht wohl an eine Weiterverbreitung des Typhus durch Fliegen denken, zumal jede andere Erklärung (Bazillenträger, Nahrungsmittel usw.) versagte. Die Epidemie erlosch dann auch dauernd, nachdem die von mir alsbald vorgenommene Besichtigung aller in jener Straße gelegenen Grundstücke das Vorhandensein einer großen Reihe vollständig offener Abort- und Düngergruben sowie einer offenen Schleuse an der Rückseite der Häuser aufgedeckt hatte und nunmehr alle diese Schmutzstätten sorgfältig abgedeckt wurden.

Wenn man bedenkt, daß die höchstgefundene Lebensdauer von Typhusbazillen außerhalb des menschlichen Körpers unter natürlichen Bedingungen nach Martin (27) etwa fünfviertel Jahr beträgt, daß Hilgermann (28) in Kohlenasche Typhuskeime noch nach 115 Tagen am Leben vorfand und daß man unter gewöhnlichen Umständen jedenfalls mit einem mehrere Wochen dauernden Leben von Typhusbazillen in Abortgruben rechnen muß, so wird man die Gefahr solcher offenen Gruben usw. nicht unterschätzen dürfen. Fand doch Mosebach (29) in 4 Abortgruben von Typhusbazillenträgerinnen, von denen eine für 7 innerhalb 7 Jahren vorgekommene Typhusfälle als einzige Ansteckungsquelle in Betracht kam, Typhusbazillen.

Offenbar kommt für die Uebertragung des Typhus durch Fliegen in allererster Linie die ausgewachsene Fliege selbst in Frage, wohl weniger ihre Maden; denn Krontowski (30) konnte in den aus mit typhusbazillenhaltigem Fleisch gefütterten Maden ausgeschlüpften Fliegen keine Typhusbazillen nachweisen. Daß aber die Verbreitung mancher Keime auch durch die Fliegenmaden selbst nicht ausgeschlossen ist, beweisen die Versuche von Bacot (31), der Fliegeneier in trockenem Sand, dem Futter und Pyocyaneusbazillen zugesetzt waren, ausbrütete und sowohl in den Larven, als auch in den vollentwickelten Fliegen Pyocyaneusbazillen nachweisen konnte, weshalb

er auch die Möglichkeit, daß gefährliche Keime von Fliegenlarven gefressen und von den Imagines weiterverbreitet werden, für beachtlich hält.

Man hat sogar daran gedacht, das öfters zu beobachtende Ansteigen der Typhuserkrankungen nach besonders heißen und trockenen Sommern in Zusammenhang mit den in solchen Sommern besonders zahlreichen Fliegen zu bringen. So glaubt Mayer (32), daß die Fliegen namentlich in ländlichen Bezirken mit schlechten Aborten eine Rolle für die Typhusverbreitung spielen. Er stellte für die Pfalz ein Maximum der Typhuserkrankungen für die Monate Juli, August und September fest. Für ländliche Gegenden mit endemischem Typhus gelte noch die von Liebermeister für die großen Städte aufgestellte Kurve, während sie in Städten der Neuzeit nicht mehr so charakteristisch verlaufe. Die zeitlich sehr bedeutend wechselnde Menge der Insekten könne für solche zeitliche Schwankungen um so mehr in Frage gezogen werden, als die Uebereinstimmung nur relativ und nicht stets mathematisch sicher sei. Nach den Versuchen von Ficker glaubt er in den Fliegen auch eine Erklärung für die früheren Infektionen durch bestimmte Luftbewegungen in nächster Umgebung einer Kloake zu finden. Auch Gerhard (17) weist darauf hin, daß die Fliegen, wenn es im Herbste kälter wird, den Schutz des Hauses aufsuchen und daß es gewiß kein bloßer Zufall sei, daß der Herbst diejenige Jahreszeit sei, wo der Typhus am meisten vorherrsche. Hat nach ihm Dr. Howard doch sogar wiederholt den Vorschlag gemacht, die Stubenfliege als „Typhusfliege“ zu bezeichnen. Im Gegensatz hierzu hält Mills (33) die Typhusverbreitung durch Fliegen zwar für möglich, doch sei die Zahl der Fliegen bis Oktober/November so zurückgegangen, daß er die Herbstkurve in England (Herbstfieber) eher auf Ratten zurückzuführen zu müssen glaubt.

Zusammenfassend wird man sich dahin aussprechen müssen, daß den Fliegen bei der Verbreitung des Typhus jedenfalls eine nicht zu unterschätzende Rolle zukommt und daß man besonders unter ganz bestimmten Verhältnissen (Truppenansammlungen, Arbeiterbaracken usw.) mit einer solchen Uebertragungsmöglichkeit sehr wohl rechnen muß.

Weiterhin spielen die Fliegen zweifellos eine wichtige Rolle bei der Verbreitung der Dysenterie und Pseudodysenterie; es ist dies auch durch Experimente und Beobachtungen sichergestellt. So konnte Krontowski (30) nachweisen, daß sich bei ausgewachsenen Fliegen, die er mit Dysenteriebazillen in Berührung gebracht hatte, Bazillen manchmal noch nach drei Tagen in Darm und Kot vorfanden. Die Uebertragung auf Brot, zu dem die infizierten Fliegen gelangen konnten, glückte. Auch Auché (34) kommt auf Grund seiner Versuche zu dem Schluß, daß Fliegen mit ihrem Rüssel und Füßen Dysenteriebazillen nicht nur von der Oberfläche von

Reinkulturen, sondern auch aus Dysenteriestühlen aufnehmen und auf größere Entfernungen verschleppen können.

Auch aus der Praxis liegen zahlreiche derartige Erfahrungen vor. Maille (35), Fischer, Hohn und Stade (36) u. a. halten eine Beteiligung der Fliegen bei den von ihnen beobachteten Ruhrepidemien für wahrscheinlich. Lentz (6) weist darauf hin, daß man bei der großen Ruhrepidemie in Döberitz 1901 mit Recht eine Weiterverbreitung der Krankheit durch Fliegen vermutet habe. Boehnke (37) berichtet über eine Ruhrepidemie unter den zum Teil räumlich weit getrennten Truppen des Standortes Metz während der Sommermonate 1910. Außer nachweisbaren Kontaktinfektionen erkrankten auch einzelne Mannschaften auf verschiedenen Stationen des Lazaretts oder wurden als Ruhrbazillenträger bei der Entlassung festgestellt, für die seiner Ansicht nach eine andere Ansteckungsquelle als die in jenen Monaten sehr zahlreichen Fliegen nicht in Frage kam. Die Ansteckung führt er darauf zurück, daß in Metz die bakteriologische Station im 2. Stockwerk des Garnisonlazaretts untergebracht ist, also im Krankenhaus selbst, wenn auch an einem besonderen Vorflur. Da sich nun das infolge der zahlreichen Erkrankungen sehr reichlich angesammelte Untersuchungsmaterial nicht immer habe sofort verarbeiten lassen, so hätten sich zahlreiche Fliegen an ihm infiziert und wären so die Ursache dieser Fälle im Krankenhaus selbst geworden. In der Tat gelang es ihm, an einzelnen gefangenen Fliegen Ruhrbazillen nachzuweisen.

Dansauer (38) führt 1904/1905 in Südwestafrika vorgekommenen Ruhrfälle ebenfalls vor allem auf die dauernde Anwesenheit großer Scharen von Haus- und Schmeißfliegen zurück, die sich in großer Zahl und unmittelbarer zeitlicher Folge erst auf die Kotbehälter und dann auf die Speisen der Kranken stürzten. Er glaubt, daß zwischen dem Umstande, daß in den wärmeren Monaten der Regenzeit mehr Erkrankungen vorkommen, als in den besonders zur Nachtzeit kühleren, trockenen Monaten und dem Auftreten der Fliegenschwärme in der wärmeren Jahreszeit ursächliche Beziehungen bestehen, wenn auch die kältere Jahreszeit wahrscheinlich an sich die Lebensbedingungen für die aus dem Körper in die Außenwelt gelangten Ruhrbazillen wesentlich verschlechtere und so der Verbreitung der Krankheit entgegenwirke. Ebenso weist Trembur (39) auf die überwiegende Häufigkeit der Ruhr in den warmen Sommermonaten an der ostasiatischen Küste hin.

Auch bei der von jedem Direktor einer Irrenanstalt gefürchteten sog. „Irrenanstaltsruhr“, die nach Kruse (40) sogar auf Aerzte und Wärter übergehen kann, wird man stets an eine Uebertragung durch Fliegen denken müssen. Wenn es auch, wie Mohr (41) ausführt, eine spezifische, ansteckende ruhrartige Krankheit der Irren nicht gibt, so ist doch auch nach ihm die Pseudodysenterie in Irrenanstalten so auffallend häufig, daß die Bezeichnung „Ruhr der Irren“ begreiflich er-

scheine. Als Grund hierfür kann man mit Hagemann (42) sehr wohl annehmen, daß die ausgesprochene Apathie vieler Geisteskranker, die die Fliegen überhaupt nicht wegjagen, und die Unmöglichkeit der Anwendung giftiger Fliegenmittel als recht erschwerende Umstände mit ins Gewicht fallen.

Als Beispiele für solche in Irrenanstalten gehäuft vorkommenden ruhrartigen Erkrankungen seien hier die 1902 in der Heil- und Pflegeanstalt auf dem Sonnenstein (43) vorkommenden Fälle angeführt. In dieser Anstalt hatten sich schon mehrere Jahre zuvor sehr hartnäckige, ruhrartige Erkrankungen gezeigt, die durch strenge Isolierung bis zum Schlusse des Jahres 1901 fast erloschen waren, im weiteren Verlaufe des Jahres 1902 aber wieder häufiger wurden, um dann am Jahresschlusse und zwar für immer zu verschwinden. Ebenso erkrankten in den Landesanstalten Untergöltzsch, Hubertusburg und Colditz (44) 1904 mehrere Kranke an Ruhr. In Colditz waren die Kranken in verschiedenen Abteilungen untergebracht gewesen und nicht miteinander in Berührung gekommen, „daher voraussichtlich nicht durch die gleiche Quelle infiziert worden". Es liegt nahe, auch in diesen Fällen an eine Uebertragung durch Fliegen zu denken.

Ebenso wird man bei der Pseudodysenterie und den sonstigen infektiösen Darmerkrankungen der Säuglinge gut tun, stets eine Uebertragung der Krankheit mit ins Auge zu fassen. Pescatore (45) weist mit Recht darauf hin, daß sich die Fliegen ja besonders gern gerade am Munde der Säuglinge, wo sich zersetzte Nahrungsreste finden, mit Beinen und Rüsseln zu schaffen machen und dabei oft von einem Bette zum andern fliegen.

Die Möglichkeit einer Uebertragung durch Fliegen ist ferner auch bei der Tuberkulose nachgewiesen worden. Die Fliegen, die ja sehr gern den Auswurf fressen und an Spucknäpfen stets anzutreffen sind, nehmen die Tuberkelbazillen mit den Füßen usw. auf oder fressen sie auch mit, um sie dann mit dem Kot wieder abzusetzen. Tuberkelbazillen sind in Fliegen wohl zuerst von Spillmann und Haushalter (46) nachgewiesen worden. Auch Buchanan (22) stellte experimentell Uebertragung von Tuberkelbazillen durch Fliegen fest. Bemerkenswert ist, daß sich die Tuberkelbazillen im Darm und Kot der Fliegen lange lebend erhalten können. So wurden sie z. B. noch in 15 Tage altem Kote lebend angetroffen und zwar, wie Pacinotti (47) durch den Tierversuch gezeigt hat, in durchaus infektionstüchtigem Zustande. Nach diesem Forscher starben Tabaniden, die mit tuberkulösem Auswurf gefüttert worden waren, infolge ihrer Gefrässigkeit innerhalb 6—8 Tagen, doch waren die Eier, die die Weibchen kurz vor dem Tode gelegt hatten, und die sich entwickelnden Larven mit zahlreichen Tuberkelbazillen behaftet. Er fand den Darmkanal der Fliegen mit Tuberkelbazillen vollgestopft und glaubt, daß die Fliegen als Verbreiter der Tuberkulose mit in Frage kommen, sei es, daß sie Tuberkelbazillen durch Stich auf Menschen oder Tiere übertragen, sei es, daß sie tuberkelbazillenhaltige Eier oder Kot auf Haut oder Schleimhäute von Kindern oder schlafenden Erwachsenen ablegen.

Wird auch eine einmalige, auf solche Weise erfolgte Ueber-

tragung bei Säuglingen oder Erwachsenen meist bedeutungslos sein, so wird der Möglichkeit einer dauernden Uebertragung von Tuberkelbazillen durch Fliegen, namentlich auf kleine Kinder in den Wohnungen Schwindsüchtiger, doch Aufmerksamkeit zu schenken sein. Man nehme nur den sicher häufigen Fall an, daß der Kranke zwar so vorsichtig ist, seinen Auswurf in ein der Bequemlichkeit halber meist offenes Gefäß zu entleeren, eine Menge Fliegen nun aber in den aus Furcht vor Erkältung oft nie gelüfteten Wohnungen Tag für Tag von dem Auswurf fressen und so zunächst sich und dann Nahrungsmittel (Milch!) oder die Mundwinkel kleiner Kinder immer und immer wieder infizieren, um eine solche Uebertragung als recht wohl denkbar und vielleicht häufiger vorkommend anzunehmen.

Endlich hat man auch für eine ganze Reihe anderer, für uns in Deutschland im allgemeinen weniger bedeutungsvoller Krankheiten eine Uebertragung durch Fliegen nachgewiesen.

So fand Passek (48) Choleravibrionen nach der Infektion noch nach 24 Stunden im Darm der Fliegen vor; erst nach 72 Stunden waren sie dort nicht mehr nachweisbar. Auch konnte er aus dem Kot solcher Fliegen noch 3 Stunden nach seiner Entleerung virulente Vibrionen züchten. Ganon (49) wies Choleraübertragung durch Fliegen von einer Vibrionenkultur auf Peptonwasser, Bananen, Reis und steriles Wasser nach; auch Tsuzuki (5) stellte experimentell Choleraübertragung durch Fliegen fest.

Höchst interessante Fälle aus der Praxis erwähnt auch hier wieder Nuttall (1):

„1850 war das englische Kriegsschiff „Superb“ mit dem übrigen Mittelmeergeschwader beinahe 6 Monate auf See; dabei kamen Cholerafälle während des größten Teils dieser Zeit vor. Als das Schiff fortsegelte, waren zahlreiche Fliegen an Bord; nach einiger Zeit verschwanden sie allmählich und mit ihnen die Cholera. Nach der Rückkehr des Schiffes in den Hafen von Malta tauchten die Fliegen in noch größerer Anzahl wieder auf und die Cholerafälle vermehrten sich in erschreckender Weise, obwohl kein Verkehr mit dem Lande stattfand. Als das Schiff wieder einige Tage auf See gewesen und die Fliegen allmählich verschwunden waren, erlosch auch die Cholera.“

Buchanan beschreibt ebenfalls eine interessante, im Juni 1896 zu Burdwan in einer Zeit, als zahlreiche Fliegen vorhanden waren, aufgetretene Epidemie. Außerhalb des Gefängnisses daselbst befanden sich einige Hütten, unter deren Bewohner die Cholera herrschte. Durch einen starken Wind wurden zahlreiche Fliegen von diesen Hütten her in den Gefängnishof hinübergeweht, die sich auf der für die Gefangenen bestimmten Nahrung ansammelten. Nur diejenigen Gefangenen, die ihre Nahrung an der Ecke des Hofes erhielten, die den Hütten am nächsten lag, bekamen Cholera.

Der Verdacht also, daß Cholera durch Fliegen übertragen werden könne, bestand schon lange. Zurzeit ist an dieser Möglichkeit nicht mehr zu zweifeln, worauf auch Flügge (50) hinweist, der infolge des Nachweises, daß Fliegen, die auf Fäzes oder beschmutzter Wäsche gesessen haben, lebende

Vibrionen noch nach Stunden auf Nahrungsmittel übertragen können, diese Art der Verschleppung der Cholera in kleinen Wohnungen, wo der Erkrankte oft nahe der Küche oder der Speisekammer liege, im Spätsommer und Herbste als ernstlich in Betracht kommend bezeichnet.

Das gleiche gilt für die Pest, für die Nuttall 1897 zuerst den einwandfreien Nachweis führte, daß Fliegen (Musca domestica), mit Pesterregern infiziert, mehrere Tage am Leben bleiben und die Krankheit verbreiten können, für Recurrens [Nattau-Lanier (51), Schuberg und Kuhn (52)] und für Lepra. Currie (53) fand noch mehrere Tage lang zahlreiche Leprabazillen in dem Verdauungskanal und den Fäzes von Stubenfliegen, die er an leprösen Flüssigkeiten hatte saugen lassen; er nimmt daher die Möglichkeit einer Uebertragung der Lepra auf die Haut und Schleimhäute Gesunder durch Fliegen an.

Auch eine Uebertragung von Milzbrand durch Fliegen ist sichergesetllt worden, obwohl für die Annahme der Uebertragungsmöglichkeit gerade dieser Krankheit eine gewisse Vorsicht geboten ist. Oft genug ist ja in den Tageszeitungen zu lesen, daß jemand an Blutvergiftung infolge des Stichs einer giftigen Fliege gestorben sei. Die Mehrzahl dieser Fälle dürfte wohl als Milzbrand zu deuten sein, viel weniger dürfte es aber zutreffen, daß die Erkrankung auch wirklich immer durch eine Fliege übertragen worden sei. Sicher wird oft, worauf besonders Nuttall (1) hinweist, der stechende Schmerz zu Beginn der Erkrankung fälschlicherweise als Insektenstich gedeutet. Immerhin ist die Möglicheit einer Uebertragung von Milzbrand durch Fliegen schon 1874 durch Bollinger (54), der Milzbrandbazillen im Magendarmkanal von Bremsen, die auf einer an Milzbrand gefallenen Kuh gesessen hatten, nachwies, und dann weiter durch Buchanan (22) sowie besonders durch Schuberg und Kuhn (52) zweifellos sichergestellt. Diese beiden stellten einwandfrei fest, daß die Stallfliege Milzbrand von milzbrandkranken Tieren oder Kadavern auch auf solche Personen, die mit den Tieren unmittelbar nichts zu tun hatten, übertragen können und zwar zeitweise noch in einer gewissen weiteren Umgebung um die Ansteckungsquelle herum.

Endlich sind nach Dickinson (55) auch verschiedene andere Erkrankungen durch Fliegen nachweisbar übertragen worden, wie Bandwürmer, ansteckende Augenkrankheiten, Erisypel, Septicaemie, Diphtherie, Tier- und Pflanzenkrankheiten. Im Gegensatz hierzu konnte eine Uebertragung von Vakzine [Merk (56)] und Lyssa [Fermi (57)] bis jetzt noch nicht bewiesen werden.

Gehen wir nunmehr zur Bekämpfung der Fliegenplage über, so wird, wie bei der Bekämpfung aller gesundheitswidrigen Zustände, das beste und wirksamste Mittel auch hier die Verhütung der Entstehung einer Fliegenplage überhaupt sein. Es erscheint daher znnächst der Vorschlag

sehr einleuchtend, die Ausbildung der gefährlichen Insekten gar nicht erst abzuwarten, sondern vielmehr schon ihre Brut zu vernichten. Bei der Vorliebe der Fliegen, ihre Eier vor allem in Pferdemist u. dergl. abzulegen, würde man also möglichst schon hier mit der Bekämpfung einzusetzen haben. Hierzu gehört die von verschiedenen Forschern erhobene Forderung der völlig dichten Abdeckung aller Abort-, Stall- und Düngergruben sowie der peinlichen Reinhaltung aller Ställe überhaupt. Ich glaube jedoch nicht, daß man auf diesem Wege viel erreichen wird. Wer unsere Landbevölkerung kennt, wird zugeben, daß solche Forderungen wohl noch für lange Zeit ein frommer Wunsch bleiben werden. Selbst wenn, was ich zurzeit für unausführbar halte, entsprechende gesetzliche Vorschriften erlassen würden, dürften sie unbeachtet bleiben, zum Teil auch undurchführbar sein. Wie soll z. B. ein großes Rittergut seine oft viele Kubikmeter fassenden Misthaufen dauernd so dicht abdecken, daß sie für Fliegen nicht mehr als Brutstätte dienen können? Der Misthaufen auf dem Bauernhofe wird wohl noch nicht so bald verschwinden. Weiterhin würde auch zu bedenken sein, daß selbst bei möglichst weitgehender Durchführung solcher Anordnungen doch immer vereinzelte unabgedeckte Ställe, Misthaufen usw. übrig bleiben würden. Howard (16), der sich auch nicht viel von der Bekämpfung der Fliegenbrut verspricht, weist aber darauf hin, daß ein einziger Stall genügend Fliegen ausbrüten kann, um die ganze Nachbarschaft zu verpesten. Es liegt hier wohl ähnlich wie bei der Mückenbekämpfung, wo auch ein einziger kleiner übersehener oder unbeachtet gelassener Tümpel die sorgfältigsten Anstrengungen aller umliegenden Grundstücksbesitzer auf Ausrottung der Mücken völlig wirkungslos machen kann.

Wohl aber halte ich entsprechende Vorschriften, also auf Beseitigung und Abdichtung aller undichten Gruben, Aborte, Misthaufen usw. für die Zeit des Herrschens ansteckender und nachweislich durch Fliegen übertragbarer Krankheiten für sehr wohl durchführbar und auch für geboten. Die Anordnung, daß in einem Grundstück, in dem z. B. ein Typhusfall vorgekommen ist, und in allen umliegenden Grundstücken alle für Fliegen in Frage kommenden Brutstätten sofort beseitigt oder unschädlich gemacht werden, ist gewiß durchführbar, da es sich hierbei um eine nur auf einen kurzen Zeitraum beschränkte Maßnahme handelt.

Ebenfalls nur für solche Zeiten durchführbar halte ich die unmittelbare Vernichtung der Fliegeneier und Larven durch chemische Mittel. Forbes (58) wandte hierzu verschiedene Mittel (Chlorkalk, gelöschten Kalk, schwefelsaures Eisen, Kochsalz) mit wechselndem, meist gutem Erfolge an. Die Kosten betrugen 6—8 Pfg. auf 1 Pferd und 1 Tag. Gut wirkte auch einfaches Auslegen des Düngers zum Trocknen an der Luft.

Die beste Bekämpfung der Fliegenplage wird in der Durch-

führung peinlichster Reinlichkeit in allen Grundstücken bestehen. Also, soweit irgend durchführbar, Anlegung dicht gebauter und gut abgedeckter Abort- und Düngergruben, möglichst rasche Entfernung des Düngers aus den Grundstücken, Sammeln der Küchenabfälle in Gefäßen mit gut schließenden Deckeln, besonders auch geordnete Müllabfuhr. In manchen Städten, namentlich amerikanischen, sind denn auch entsprechende Anordnungen, die sich ganz speziell gegen die Fliegenplage richten, getroffen worden. Eysell (59) weist bei ihrer Besprechung darauf hin, daß ein Hauptgewicht mit auf die Müllabfuhr zu legen sei; in Cassel sei jedenfalls die früher recht häufige Fliegenplage erst mit der Einführung einer geregelten Müllabfuhr geschwunden.

Besondere Beachtung dürfte der Beseitigung der menschlichen Fäzes in Feldzügen, in denen sich ansteckende Krankheiten ja sowieso zu häufen pflegen, dann auch bei allen sonstigen größeren Menschenansammlungen zu schenken sein (Arbeiteransammlungen bei großen Bauten usw.). Dementsprechend fordert Melville (60), daß die Soldaten selbst ihre Exkremente sofort mit Sand bedecken und daß die Abfälle aus Küchen und Ställen von Truppen sofort verbrannt werden. Auch Dansauer (38) kommt auf Grund seiner Beobachtungen bei der Ruhrepidemie in Südwestafrika zur Forderung der peinlichsten Sauberhaltung und Desinfektion der Latrinen, besonders mit dem die Fliegen abhaltenden Chlorkalk, und der räumlichen Trennung der Wohnstuben von Ställen und Viehkralen. Roth (61) wünscht, daß sich die Verwaltungsbehörden, Gemeinden und jeder einzelne die Vernichtung der Insekten mehr als bisher angelegen lassen sein möchten; er erblickt hierin ein dankbares Feld praktischer Betätigung für die Haus- und Grundbesitzervereine.

Entsprechend dem oben über die Bedeutung der biologischen Tropfkörper als Brutstätten für Fliegen Angeführten wird man bei der Neuanlage von Kläranlagen besonders dann auf diesen Punkt mit achten, wenn es sich um Anlagen für große Heil- und Pflegeanstalten, Krankenhäuser usw. handelt, d. h. also Stätten, an denen sich erfahrungsgemäß im Laufe der Zeit eine Menge Ansteckungsstoff anhäuft. Ganz besonders gilt dies auch für Sanatorien, Erholungsheime und für Bade- und Kurorte, in denen, worauf Schottelius (62) hinweist, die Ablage der Abfallstoffe oft zu um so größeren Bedenken Anlaß gibt, als sich unter den diese Orte aufsuchenden Kurgästen unter Umständen auch Bazillenträger befinden. Thumm (63) fordert deshalb auch, daß alle Faulräume bei Anstaltsanlagen stets gut abgedeckt seien, um Geruchs- und Fliegenbelästigungen zu vermeiden.

Besonders geeignet erscheint für solche Verhältnisse das Leipziger Verfahren, bei dem die Tropfkörper in ihrer unteren Hälfte gleichzeitig abwechselnd als Füllkörper benutzt werden. Da die Fliegen sich fast nur in den unteren Teilen von Tropfkörpern ansiedeln, so soll hierdurch eine Fliegenplage fast

völlig vermieden werden. Fowler (64) empfiehlt zur Vermeidung der Fliegenplage die Anlage von Füllkörpern mit nachfolgender Reinigung der Füllkörperabflüsse in Tropfkörpern. Unter Umständen sind schließlich auch die Rückstände selbst mit chemischen Mitteln zur Verhütung der Fliegenplage zu behandeln. So wurden in Düsseldorf (65) zum Bedecken der Rückstände der sog. Schlammharfen je 40000 kg Torfmull und Kalkasche, „letztere besonders gegen Insekten“, verwandt.

Auch die Singvögel können als Vertilger der Fliegen mit herangezogen werden. So empfiehlt Jäger (66) überall dort, wo Schlamm ablagert, Sprinkler arbeiten, Müll gestapelt ist oder wo Flußufer der Verunreinigung ausgesetzt sind, durch Anlegen von Vogelschutzgehegen und Aufstellen von Nistkästen vorzugehen; er erwähnt, daß Koblenz zusammen mit dem Städtchen Metternich in kurzer Zeit eine kilometerlange Vogelschutzanlage erhalten wird, die geeignet ist, das Flußwasser reinzuhalten. Solche Anlagen würden dabei zugleich einen Teil der in neuerer Zeit so oft zu beobachtenden Schädigungen der Vogelwelt durch die Ueberlandzentralen wieder gutmachen können.

Da sich natürlich trotz aller dieser gegen die Fliegenbrut gerichteten Maßnahmen die Fliegenplage niemals völlig aus der Welt schaffen lassen wird, wird man sich wenigstens vor diesen lästigen, unappetitlichen und z. T. gefährlichen Quälgeistern möglichst zu schützen suchen.

Hierher gehören also alle diejenigen Maßnahmen, die ein Eindringen der Fliegen in die menschlichen Wohnungen usw. zu verhindern oder die Eindringlinge rasch wieder zu entfernen oder möglichst zu vernichten suchen.

In erster Linie ist das Anbringen von Gazefenstern in den Sommermonaten zu erwähnen. Während diese Maßnahme für Privatwohnungen natürlich jedem einzelnen überlassen bleiben muß, steht meiner Ansicht nach nichts entgegen, das Anbringen von solchen Fenstern für alle Nahrungsmittelbetriebe gesetzlich vorzuschreiben, zumal die Anschaffungskosten nur ganz gering sind. Solche Vorschriften bestehen auch schon in manchen Städten, so z. B. in Großenhain (67), wo den Inhabern von Fleischläden auf eine Beschwerde der Fleischerinnung hin vom Stadtrat die Verwendung von Fliegennetzen vorgeschriebon ist. Ich selbst habe bereits seit mehreren Jahren keine Bedenken getragen, für alle von mir besichtigten oder neu zu begutachtenden Nahrungsmittelbetriebe (in erster Linie Schlächtereien und Bäckereien) das Anbringen von Fliegenfenstern in den Arbeitsräumen und Verkaufsläden zu beantragen, und bin dabei bisher nur in ganz vereinzelten Fällen auf Widerstand gestoßen, der beseitigt wurde. Einiges ist hierbei aber zu beachten. So empfiehlt sich dringend die Vorschrift, daß die Fliegenfenster so anzubringen sind, daß sie sogleich zu Beginn der wärmeren Jahreszeit eingesetzt werden und dann dauernd bis zum

Herbste eingesetzt bleiben. Ein jedesmaliges Einsetzen der Fliegenfenster beim Oeffnen der Glasfenster ist viel zu unbequem, als daß es durchgeführt würde. Die Fliegenfenster müssen also von außen in das Mauerwerk so eingesetzt werden, daß beim Lüften nur die inneren Glasfenster geöffnet zu werden brauchen. Bei guter Durchführung dieser Anordnung würde die Forderung der Bedeckung aller Nahrungsmittel in Nahrungsmittelgeschäften mit Drahtglocken vielleicht ganz von selbst hinfällig werden.

Wie für Nahrungsmittelbetriebe, so dürften sich Fliegenfenster auch für Irrenanstalten, Krankenhäuser, Säuglingsheime usw. empfehlen, einmal um die Kranken selbst vor den Belästigungen durch diese Insekten zu bewahren, dann aber auch um die Uebertragung von Krankheiten zu verhindern.

Im privaten Haushalt werden vor allem solche Speisen durch Drahtglocken vor Fliegen zu schützen sein, die roh genossen werden, also Salate, Früchte, unter Umständen anch Milch usw.

Wohl das beste Mittel, um Fliegen rasch aus Wohnräumen usw. zu entfernen, wobei sie allerdings nur vertrieben und nicht vernichtet werden, ist mäßig starke Zugluft, namentlich des Nachts. Merkwürdigerweise scheint dieses vortreffliche Mittel ziemlich unbekannt zu sein, ich habe es wenigstens nirgends angegeben gefunden; nur Praußnitz (68) weist darauf hin, daß bei der von Rundle und Burton im Krankenhaus zu Liverpool durchgeführten Bettisolierung ansteckender Kranker, bei der eine sehr ausgiebige Fensterlüftung eine große Rolle spielt, die ebenso lästigen als gefährlichen Fliegen fast völlig fehlen. In der Tat gibt es kaum ein sichereres Mittel, um Fliegen rasch aus einem Raume zu entfernen, als mäßig starke Zugluft. Zu stark darf der Zug nicht sein, da sich die Fliegen dann im Zimmer hinter Vorhängen usw. verkriechen und das Zimmer nicht verlassen.

Außer diesem einfachen, billigen und sicheren Mittel gibt es nun noch eine große Menge aller möglichen Fliegenvertilgungsmittel, angefangen von dem für wenige Pfennige käuflichen Klebepapier bis zu komplizierten, teueren Apparaten. Ihre Wirkungen beruhen darauf, daß sie entweder die Fliegen rein mechanisch festhalten (Klebepapiere) oder durch Giftwirkung (arsenhaltiges Fliegenpapier usw.) vernichten sollen. Hierher gehören also die Fliegenleime und Klebepapiere, Fliegenfallen, arsenhaltiges Fliegenpapier, Insektenpulver, besonders Zacherlin, Räucherpulver, Lavendelöl (Bestreichen der Fensterumrahmungen) u. a. Namentlich das Zacherlin hat sich nach meinen Erfahrungen gut bewährt. Man hat nur nötig, an den Fenstern oder zwischen den Doppelfenstern etwas davon mittelst des dazu konstruierten Bläsers zu verstäuben. Die Fliegen geraten sehr bald in die größte Unruhe und fallen rasch zu Boden, wo sie sich dann, auf dem Rücken liegend, wie ein Kreisel rasend um sich selber drehen. Wie mir die Firma

Zacherl Wien auf eine Anfrage hin mitgeteilt hat, beruht ihrer Meinung nach diese Wirkung darauf, daß das Zacherlin in feinster Verstäubung in die Atmungsorgane der Fliegen eindringt, wo dann durch die Einwirkung ätherischer Oele starke Entzündungserscheinungen hervorgerufen werden, die eine Drosselung der Atmungsorgane und dadurch Krämpfe und den Tod der Tiere zur Folge haben. Dansauer (38) empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen bei der Ruhrepidemie in Südwestafrika mit Arsen vergiftete Zuckerlösungen oder alkoholhaltige Flüssigkeiten in flachen Tellern in den Zimmern aufzustellen. Delamare (69) empfiehlt Aufstellen von Schalen mit 10proz. Formollösung (10fache Verdünnung der käuflichen konzentrierten Lösung). Nach Ficker (23) hat sich der Salonfliegenfänger der Ges. für Pat.-Verwertung m. b. H. in Leipzig bewährt.

Wie ich einer freundlichen Mitteilung des Herrn Gewerbe-Assessors Dr. Grosch-Bautzen verdanke, sollen die Fliegen auch blaues Licht meiden. Es sei deshalb in manchen sächsischen Kasernen üblich, die Fensterscheiben der Pferdeställe im Sommer mit einer blauen Farbe anzustreichen, da die Fliegen erfahrungsgemäß dann seltener seien. Dies ist mir auch von verschiedenen anderen Seiten bestätigt worden. Zum Teil werden gleich blaue Glasscheiben eingesetzt. Die Wirkung sei gut.

Nur kurz, weil außerhalb des Rahmens dieser Arbeit liegend, sei hier auch der in den Tropen verwendete Fangapparat nach Abresch [s. Spratter (70)] erwähnt, der aus einer Lichtquelle zum Anlocken der Insekten, einer mechanischen Vorrichtung, die angeflogenen Insekten in ein Gefäß zu schleudern, sowie aus einer Vorrichtung zum Töten und Entfernen der Beute besteht und nach den Untersuchungen von Sturm (71), besonders bei Verwendung von ultraviolettem Licht, auch Tagesfliegen anlockt.

Den größten Feind der Fliegen, eine pilzartige Krankheit, die sog. empusa muscae, auf die in der Hauptsache das massenhafte Sterben der Fliegen im Herbste zurückzuführen ist, zur Vernichtung der Fliegen mit heranzuziehen, dürfte wohl nicht so leicht möglich sein, da m. W. dieser Pilz erst im Herbst auftritt und für die übrigen Jahreszeiten, besonders den Sommer, wo ja vor allem eine Fliegenbekämpfung nötig ist, nicht in Frage kommt.

Schließlich wird man auch eine von Zeit zu Zeit wiederholte Aufklärung des großen Publikums über die Gefährlichkeit der Fliegen nicht unterlassen dürfen. Es gibt ja immer noch genug sentimental gestimmte Naturen, namentlich unter dem zarteren Geschlechte, die im Herbste die „letzte“ Fliege womöglich noch mit besonderer Sorgfalt hegen. Schon die Unappetitlichkeit dieser Tiere sollte aber zum Kampf gegen sie führen.

In Amerika hat man in einzelnen Staaten eine solche Aufklärung denn auch im großen durchgeführt. So berichtet

Gerhard (17), daß das Ackerbauamt der Vereinigten Staaten in Washington, das schon seit Jahren für die Farmer Schriftchen über allgemein nützliche Themata, die sog. Farmers Bulletins, herausgibt und sie dem großen Publikum auf Verlangen kostenlos zusendet, auch eine von Dr. Howard bearbeitete Nummer über die Fliegen herausgegeben hat.

Ebenso werden von Zeit zu Zeit in die Presse gebrachte Artikel über die Gefährlichkeit der Fliegen nur von Nutzen sein.

Endlich wird man nach dem alten Satze: „Was Du der Jugend lehrst, ist in Granit geschrieben" auch in der Schule gelegentlich des Naturunterrichts auf diese Dinge hinweisen können. Ich war angenehm überrascht, als ich vor ganz kurzem in einer kleineren Schule meines Bezirks auf einer Wandtafel in dem Hausflur mit großen Buchstaben angeschrieben fand: „Tötet die Fliegen, denn sie übertragen Krankheiten auf Menschen und Tiere!" Hat doch, wie Koschmieder (72) erwähnt, ein englischer Pädagoge allen Ernstes verlangt, jedes Kind solle sich abends die Frage vorlegen: „Wieviel Fliegen habe ich heute getötet?" Die Kinder sollten gewissermaßen in Wettbewerb hierin treten; denn es sei ein Verdienst, möglichst viele dieser Tiere zu vernichten.

Sache des Lehrers wird es sein, unnötige Tierquälereien zu verhüten.

Kurz zusammengefaßt ergeben sich also aus meinen Ausführungen folgende Leitsätze:

1. Die von aufmerksamen Beobachtern schon vor Jahrhunderten vermutete und einzelnen Völkern auch heute noch ganz bekannte Rolle der Fliegen als Krankheitsüberträger ist durch Experimente und sorgfältige Beobachtungen einwandfrei sichergestellt.

2. Die größte Bedeutung als Krankheitsüberträger besitzen die Fliegen in den Tropen.

3. Von den in Deutschland heimischen Arten kommen als Krankheitsüberträger in erster Linie die Stubenfliege, dann die Stallfliege und die Bremsen in Betracht.

4. Als Brutstätten der Fliegen dienen vor allem Pferdedünger und sonstige Fäkalien, Nahrungsmittelreste und Müll. Eine weitere wichtige Brutstätte bilden oft moderne Kläranlagen, besonders biologische Tropfkörper.

5. Die Uebertragung von Krankheiten durch Fliegen kann unmittelbar durch Stich (nur bei den stechenden Arten) oder mittelbar, rein mechanisch, durch Verschleppen von Ansteckungsstoff auf Haut und Schleimhäute Gesunder, Nahrungsmittel usw. erfolgen.

6. Durch Fliegen sind nachgewiesenermaßen übertragen worden: Typhus, Dysenterie und Pseudodysenterie, Tuberkulose, Cholera, Pest, Rekurrens, Lepra, Milzbrand, Bandwürmer, ansteckende Augenkrank-

heiten, Erysipel, Septikämie und Diphtherie. Für Pocken und Wut ist der Nachweis noch nicht erbracht.

7. Die beste Bekämpfung der Fliegenplage würde in Maßregeln gegen die Fliegenbrut selbst bestehen. Solche Maßnahmen erscheinen jedoch für gewöhnlich weder durchführbar noch nötig. Sie sind aber während des Bestehens einer ansteckenden Krankheit geboten und dann auch mit Nachdruck durchzuführen.

8. Das Anbringen von Fliegenfenstern in allen Arbeitsräumen und Verkaufsstellen von Nahrungsmittelbetrieben erscheint sowohl aus Gründen der allgemeinen Reinlichkeit, als auch im Interesse der Verhütung der Weiterverbreitung ansteckender Krankheiten durch Fliegen geboten. Entsprechende Vorschriften können um so unbedenklicher erlassen werden, als die Kosten für solche Fenster sehr niedrig sind.

9. Aus den gleichen Gründen erscheinen Fliegenfenster für Krankenhäuser, besonders die Infektionsabteilungen, Irrenanstalten usw. angebracht.

10. Das beste Mittel zur Vertreibung von Fliegen aus Wohnräumen usw. ist mäßig starke Zugluft. Daneben kann man sich noch verschiedener Vernichtungsmittel bedienen.

11. Von Zeit zu Zeit ist eine Aufklärung des großen Publikums über die Gefährlichkeit der Fliegen, namentlich während der Zeit des Herrschens ansteckender Krankheiten, nötig.

12. Eine wichtige Rolle bei der Aufklärung fällt der Schule zu.

Literatur.

1) Nuttall: Hygien. Rundschau; IX. — 2) Diemerbrock: zitiert nach 1. — 3) Haeser: desgleichen. — 4) Siebert: Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene; Bd. 12. — 5) Tsuzuki: ibid.; Bd. 8. — 6) Lentz: Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege; Bd. 49. — 7) Czaplewski: ibid.; Bd. 46. — 8) Bleyer: ref. im Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene; Bd. 11. — 9) Robertson: ibid.; Bd. 13. — 10) Wellmann: ibid.; Bd. 12. — 11) Peiper: ibid.; Bd. 13. — 12) Carini u. Mastrangioli: ibid.; Bd. 13. — 13) Laurence: ibid.; Bd. 15. — 14) Broden und Rodhain: ref. in der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege; Erg.-Bd. 44. — 15) Berrio: ref. im Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene; Bd. 15. — 16) Howard: zitiert nach Gesundheit; 1912, Nr. 17. — 17) Gerhard: Ges.-Ingenieur; 1911, Nr. 37 und 52. — 18) Königl. Englische Kommission für Abwässerbeseitigung: ref. Wasser- u. Abwässer; Bd. 2. — 19) Schiele: ibid. — 20) Pritzkow: ibid.; B. 3. — 21) Edelmann: Lehrbuch der Fleischhygiene. — 22) Buchanan: ref. im Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene; Bd. 12. — 23) Ficker: ibid.; Bd. 8. — 24) Hirschbruch und Marggraf: Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt; Bd. 44. — 25) Bertarelli: ref. in der Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1911. — 26) Cochrane: ref. im Archiv für Schiffs- u. Tropenhygiene; Bd. 16. — 27) Martin: zitiert nach Nr. 32. — 28) Hilgermann: zitiert nach Sperber: Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; Bd. 46. — 29) Mosebach: ref. in der Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1911. — 30) Krontowski: ibid.; 1913. — 31) Bacot: ref. im Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene; Bd. 16. — 32) Mayer: Klin. Jahrbuch; Bd. 21. — 33) Mills: ref. in der Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1911. — 34) Auché: ref. im Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene; Bd. 11. — 35) Maille: ref. in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; Bd. 40. — 36) Fischer, Hohn und Stade: ref. in der Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1910. — 37) Boehnke: Militärärztl. Zeit-

schrift; 1911. — 38) Dansauer: Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene; Bd. 11. — 39) Trembur: ibid.; Bd. 12. — 40) Kruse: ref. in der Zeitschrift für Medizinalbeamte; Versammlungs-Bericht 1912. — 41) Mohr: Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege; 41. Bd. — 42) Hagemann: Klin. Jahrbuch; Bd. 25. — 43) 34. Jahresbericht über das Medizinalwesen im Königreich Sachsen. — 44) Ibid.; 36. Bericht. — 45) Pescatore: Pflege und Ernährung des Säuglings; 1906. — 46) Spillmann und Haushalter: zitiert nach Nr. 1. — 47) Pacinotti: Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; Erg.-Bd. 44. — 48) Passek: ref. im Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene; Bd. 15. — 49) Ganon: ibid.; Bd. 13. — 50) Flügge: Lehrbuch der Hygiene; 6. Aufl. — 51) Nattau-Lanier: Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; Erg.-Bd. 45. — 52) Schuberg und Kuhn: Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt; Bd. 31 und 40. — 53) Currie: ref. im Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene; Bd. 16. — 54) Bollinger: zitiert nach Nr. 1. — 55) Dickinson: ref. im Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene; Bd. 11. — 56) Merk: ref. in der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege; Bd. 43 und Erg.-Bd. 42. — 57) Fermi: ref. ibid.; Erg.-Bd. 44. — 58) Forbes: zitiert nach Nr. 17. — 59) Eysell: Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene; Bd. 11, S. 237. — 60) Melville: ref. in Wasser und Abwässer; Bd. 3. — 61) Roth: Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege; Bd. 44. — 62) Schottelius: ibid.; Bd. 46. — 63) Thumm: ref. in Wasser u. Abwässer; Bd. 5. — 64) Fowler: ibid.; Bd. 1. — 65) Bericht der Stadt Düsseldorf, ibid.; Bd. 3. — 66) Jaeger: Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; Bd. 46. — 67) 41. Bericht über das Medizinalwesen im Königreich Sachsen. — 68) Praußnitz: Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; 45. Bd. — 69) Delamare: ref. im Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene; Bd. 13. — 70) Sprater: Archiv für Schiffs- u. Tropenhygiene; Bd. 10. — 71) Sturm: ibid. — 72) Koschmieder Gesundheit; 1912, Nr. 17.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Ueber Benzinvergiftung nach Sektionsergebnissen und Tierversuchen. Von Dr. R. Jaffé. Münchener med. Wochenschrift; 1914, Nr. 4.

Verfasser zieht aus seinen Versuchen und aus den Sektionen folgende Schlüsse:

Das in den Körper aufgenommene Benzin wird zum großen Teil, vielleicht ausschließlich durch die Lungen ausgeschieden.

In den Fällen, in denen die Resorption und damit die Ausscheidung durch die Lungen rasch vor sich geht, finden sich ausgedehnte Lungenblutungen (Sektionsbefunde und Tierversuche).

Gelangt das Benzin nur in den Magen, so wird es offenbar häufig nur langsam resorbiert. Bei langsamer Resorption finden sich nach den Ergebnissen der Tierversuche ausgedehnte nekrotisierende und entzündliche Prozesse in den Lungen, die wohl ebenfalls durch chronische Benzinausscheidung zustande kommen.

Im Tierversuch konnten entzündliche Veränderungen im Magen und Darm niemals gefunden werden, auch nicht, wenn das Benzin in den leeren Magen gegeben wurde.

Als einzigen einigermaßen typischen Sektionsbefund beim Menschen kann man Lungenblutungen ansehen. Ihr Zustandekommen wird wahrscheinlich durch Aspiration des Giftes begünstigt. Besonders bei kleinen Kindern dürfte die Aspiration häufig sein.

Ob auch beim Menschen die beschriebenen eigenartigen Lungenveränderungen bei chronischer Resorption vorkommen, ist noch nicht bekannt.

Ist bei der Bezinvergiftung des Menschen das Benzin ausschließlich in den Magen gekommen, so sind die Aussichten auf Rettung nicht ungünstig, da das Benzin vom Magen sehr langsam resorbiert wird und daher selbst späte Magenspülung den größten Teil herausbefördern kann.

Dr. Graßl-Kempten.

Sublimatvergiftung nach Scheidenspülungen. Von Fenwick Beekman, M. D., New York. The journ. of the am. med. ass.; LXII, 1914, Nr. 7.

Eine seit 6 Monaten verheiratete Frau hatte zur Verhütung der Konzeption 4—5 mal die Woche Scheidenspülungen mit 1—2 ‰ Sublimatlösung angewandt. Nach 5 Monaten traten Oedeme, Kopfschmerz, Blässe der Haut und der Schleimhäute auf. Der ambrafarbene Harn war sauer, sp. G. 1004, enthielt 8 g Eiweiß im Liter, viele hyaline und gekörnte Zylinder und rote Blutkörperchen. Keine Stomatitis, keine Darmreizung. Heilung nach Aussetzen der Sublimatspülungen. Dr. Mayer-Simmern.

Fall von traumatischer Herzruptur. Von B. J. O'Neill, M. D., San Diego, Cal. The journ. of the am. med. ass.; LXII, Nr. 9, 1914, S. 697.

Beim Spiele mit seinen Schulkameraden wurde ein 9jähriger Knabe zu Boden geworfen; die anderen Jungen sprangen auf ihm herum. Er ging nach Hause, beklagte sich über Schmerzen in der linken Leiste, blieb 2 Tage zu Bett, stand dann auf und ging 4 Tage umher, immer mit Klagen über die linke Hüfte. Am 7. Tage wurde er 30 miles weit nach San Diego gebracht und ging von da nach der Wohnung des Arztes. Es fand sich ein Hämatom in der Leiste; Temperatur 98,6° F., Puls 102 und regelmäßig; 25 Atemzüge. 12 Stunden nach dem Eintritt ins Krankenhaus Kräfteverfall, Tod nach einer Stunde.

Bei der Autopsie fand sich starke Füllung des Herzbeutels, der 500 ccm frischen Blutes, 200 g dunklen geronnenen Blutes enthielt. An der Atrioventrikulargrenze des linken Herzens unmittelbar über der Mitte des vorderen Segels der Mitralklapppe fand sich eine perforierende 3 mm lange Zusammenhangstrennung („slit"). Myokard und Klappen waren normal, Lungen, Baucheingeweide, Peritoneum ohne Abweichung.

Bei dem Zubodenwerfen hatte der Knabe die traumatische Herzruptur erlitten; die Perforation war zunächst durch ein Gerinnsel verklebt worden, eine Verklebung, die es dem Knaben ermöglichte, 4 Tage lang umherzugehen.

Dr. Mayer-Simmern.

Ueber die Diagnose des Selbstmords und Mords bei Schnitt- und Stichwunden. Von Dr. L. Lattes-Turin. Archivio di Antropologia criminale, Psichiatria e Medicina legale; Bd. 34, Heft 5.

Die Schwierigkeiten dieser Diagnose werden an 3 Fällen aus der Praxis dargetan. Es ist bekannt, daß im allgemeinen die Multiplizität von Wunden, die gleichzeitige Verletzung der Kleider und die Lage der Wunden an weniger lebenswichtigen Organen für Mord sprechen. Dergleichen Schlüsse können aber auch irrtümlich sein. So wurde ein Individuum im Alter von etwa 50 Jahren mit ungeordneten Kleidern und vielfachen Wunden (am Abdomen, in der Halsgegend, an den Händen) tot aufgefunden. Vieles sprach für Ermordung, Bedenken erregte nur die eine Wunde am linken Handgelenk und die Auffindung eines blutigen Rasiermessers. Durch einwandfreie Dokumente wurde Selbstmord nachgewiesen. Es lag nahe, anzunehmen, daß eine Art Hara-Kiri vorgenommen worden war.

Ein zweiter Fall sprach sehr für Ermordung. Es handelte sich um eine Leiche mit vielfachen Verletzungen an Brust, Bauch und den Händen. Auch die Kleider waren verletzt. Wenn die Begleitumstände nicht einwandfrei festzustellen gewesen wären — man hatte beobachtet, wie der betreffende nach einem Angriff auf eine andere Person sich selbst entleibte —, wäre die Annahme einer schuldhaften Tötung höchstwahrscheinlich erfolgt.

Der dritte Fall lehrt umgekehrt, wie die ärztliche Begutachtung entgegen den sonstigen Umständen auf den richtigen Weg — in diesem Fall auf die Annahme einer gewaltsamen Tötung — führen kann. Es waren gleichfalls vielerlei Verletzungen zu finden. Es fand sich aber auch in der verletzten Bauchhöhle eine fibrinöse Peritonitis. Der Tod war also nicht gleich nach den Verletzungen erfolgt. Dies sprach gegen Selbstmord. Der Täter wurde auch entdeckt.

Die hauptsächlichsten Verletzungen in diesen 3 Fällen werden im Bilde wiedergegeben. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Ablehnung des behandelnden Arztes als Sachverständigen. Die Rechtsprechung der Oberlandesgerichte; Bd. 83, S. 178.

Nach einer Entscheidung des Kölner Oberlandesgerichts vom 12. Januar 1912 ist die Ablehnung des behandelnden Arztes als Sachverständigen im Zivilverfahren zulässig. Wenn derselbe, so führt das Gericht aus, auch zweifellos ein unparteiisches Gutachten abzugeben bestrebt sein werde und seine Sachverständigenpflicht nicht bewußt verletzen werde, so sei doch die Tatsache, daß er den Beklagten seit 7 Jahren als Hausarzt behandelt habe, geeignet, ein subjektives Mißtrauen gegen seine Unbefangenheit im Kläger hervorzurufen oder doch ein solches Mißtrauen des Klägers als nicht ungerechtfertigt erscheinen zu lassen. Es lasse sich daher nicht ohne weiteres von der Hand weisen, wenn der Kläger die Besorgnis hege, daß sich der Arzt durch das Vertrauensverhältnis, das naturgemäß zwischen ihm und dem Beklagten als dem langjährigen Patienten bestehe, unbewußt beeinflussen und die sonstigen Punkte unbeabsichtigt zugunsten des Beklagten auffassen werde. Dies um so mehr, als das Landgericht die Vernehmung des Arztes als alleinigen Sachverständigen angeordnet habe. Dr. Hanauer-Frankfurt a. M.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Eine statistische Studie über die Prognose bei Geisteskrankheiten. Von A. J. Rosanoff, M. D., Kings Park, New York. The journal of the am. med. ass.; 1914, LXII, Nr. 1.

Aus dem Studium des weiteren Verlaufes sämtlicher im Kings Park State-Hospital, New York, vom 1. Oktober 1907 bis 30. September 1908 aufgenommenen Fälle von Geisteskrankheiten — zusammen 612 — ergab sich nach dem Stande vom 30. September 1913:

Gestorben war ein Viertel aller Erstaufnahmen; etwas über 1/3 der Fälle war zur Entlassung gekommen, 1/3 ist noch in Anstaltspflege. Tödlich endeten die Fälle mit seniler Psychose, allgemeiner Paralyse und zerebraler Arteriosklerose; in das eigne Heim oder in Familienpflege konnten entlassen werden Kranke mit überstandener Alkoholpsychose, ein Teil der Fälle von Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein; im Bestand blieben andere Fälle von Dementia praecox und solche von Paranoia. Die Durchschnittsdauer der Behandlung betrug — abgesehen von den Fällen, die dauernde Anstaltsinsassen bleiben — etwa 10 1/3 Monate. Zu betonen ist der günstige Heilerfolg bei etwa der Hälfte der Fälle von Dementia praecox. Immerhin kamen von den überhaupt als gebessert in die eigne Häuslichkeit und in Familienpflege entlassenen Leuten 20 % und mehr innerhalb 5 Jahre zu erneuter Aufnahme. Von den erstmalig Aufgenommenen starben 153. Die Todesursachen weichen von denen der Allgemeinheit wesentlich ab; es entfallen 73,2 % auf die 4 hauptsächlichen Todesursachen: Allgemeine Paralyse (59), Bronchopneumonie (24), Lungentuberkulose (19) und akute Enterocolitis (10 Fälle).

Dr. Mayer-Simmern.

Der moralische Defekt. Von E. Metzger-Stuttgart. Zeitschrift für die gesamte Strafrechtwissenschaft; Bd. 34, Heft 5.

Unter moralischem Defekt versteht man eine auffallende Herabminderung der Leistungsfähigkeit einer Person auf dem Gebiete des ethisch-rechtlichen oder sozialen Handelns. Der moralische Defekt findet sich sowohl als direkte Aeußerungsform bekannter geistiger Erscheinungen, wie als bloße Begleiterscheinungen solcher, anderseits aber auch anscheinend ganz unabhängig von jeder psychischen Erkrankung. Als unmittelbare Folge von geistigen Erkrankungen treffen wir den moralischen Defekt bei der progressiven Paralyse und beim chronischen Alkoholismus. Als Begleiterscheinung zeigt sich der moralische Defekt bei der akuten Alkoholintoxikation. Der Alkohol beseitigt die Hemmungsvorstellungen und läßt sonst unterdrückte Charaktereigenschaften und damit auch etwaige moralische Defekte in gesteigertem Maße zur Wirkung kommen. Auch die Hysterie kann einen vorhandenen moralischen Defekt in gesteigertem Maße in die Erscheinung treten lassen. Den moralischen Defekt findet man sodann als Symptom des Schwachsinns. Auch bei den Verblödungszuständen kann der moralische Defekt und die Neigung zum unsittlichen und verbrecherischen Handeln das Bild beherrschen. Man findet den moralischen

Defekt aber auch als selbständige Form geistiger Entwicklung, bei sog. moralischen Invasionen. Endlich findet man den Defekt auch beim gewöhnlichen Verbrecher, beim Gewohnheitsverbrecher oder in Fällen, in denen die Art des begangenen Deliktes eine besonders verrufliche Gesinnung zeigt. Der moralische Defekt stellt als solcher genau wie der intellektuelle Defekt im naturwissenschaftlich-medizinischen Sinne ein pathologisches Symptom dar. Von dem unzweifelhaft Geisteskranken, einem vorgeschrittenen Paralytiker und schwerem Epileptiker führt eine unendliche Reihe von Formen und unmerkliche Uebergänge zu dem rückfälligen Verbrecher und dem sittlich verwahrlosten Menschen. Die pathologische Natur des moralischen Defektes wird nur deswegen vielfach geleugnet, weil man unliebsame Konsequenzen für Moral und Recht fürchtet, mit anderen Worten, weil man meint, daß es ein lediglich moralisches „Irresein" nicht geben darf. Der Schwerpunkt in der Beurteilung des moralischen Defektes liegt also auf juristischem und nicht auf medizinisch-naturwissenschaftlichem Gebiet. Die Frage, ob und wie weit der moralische Defekt die Zurechnungsfähigkeit des Individuums beeinträchtigt, untersteht der ausschließlichen Kompetenz der Juristen. Der moralische Defekt gehört heute in allen seinen Graden dem Strafrichter; ob hierin eine Aenderung erwünscht, ob insbesondere eine andere Behandlung moralisch defekter Verbrecher, als sie durch unser herkömmliches Strafrecht gewährleistet wird, erstrebenswert ist, ist keine Frage des geltenden Rechtes, sondern der Strafrechtsreform. Dr. Hanauer-Frankfurt a. M.

Ueber die Zurechnungsfähigkeit. Verlag von Carl Marhold, Halle a. S. 1913. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen; IX. Bd., H. 1. Gr. 8., 50 S. Preis: 1,20 M.

I. **Behandlung der sogenannten vermindert Zurechnungsfähigen.** Von Landgerichtspräsident Dr. D. O. Engelen-Zutphen (Holland).

Eine exakte Definition der Zurechnungsfähigkeit wird als wenigstens vorläufig unmöglich und als das richterliche Ermessen beschränkend abgelehnt. Erkannt werden soll entweder auf „Strafe oder auf sichernde Maßnahmen oder auf beides".

II. **Der Stand der europäischen Gesetzgebung über verminderte Zurechnungsfähigkeit.** Von D. Dr. jur. et med. Wilhelm Kahl-Berlin.

Im Gegensatz zu Engelen hält K. eine brauchbare gesetzliche Begriffsbestimmung der verminderten Zurechnungsfähigkeit für sehr wohl möglich und auch notwendig; sonst würde die Rechtsprechung eine ungleiche sein. Am wichtigsten in der ganzen Frage ist aber die Lösung des Sicherheitsproblems, an der „die Hilfe der staatlichen Macht und die frei dargebotene Hilfe der Menschenliebe und Barmherzigkeit" zusammenarbeiten müssen.

III. **Die Klippe des Zurechnungsproblems.** Von Dr. E. Mezger.

Das Zurechnungsproblem ist theoretisch unlösbar. „Für die praktische Grundlage der Zurechnung im einzelnen Falle ist entscheidend die Frage, ob und inwieweit das betreffende Individuum im allgemeinen diejenige psychische Anlage besitzt, die es befähigt, Befehle und Normen aufzufassen und aus denselben wirksame Beweggründe seines Handelns werden zu lassen". M. beurteilt das Problem hauptsächlich von philosophischen Gesichtspunkten aus.

Aus den drei Abhandlungen geht hervor, wie die Meinungen noch oder wenigstens noch für lange auseinandergehen werden. Für eine gesetzliche Fixierung des Begriffes Zurechnungsfähigkeit erscheint die Angelegenheit jedenfalls nicht spruchreif zu sein. Dr. Rühle-Halle-Nietleben.

Anonymität und Sexualität. Von Prof. Dück-Innsbruck. Sexualprobleme; 1914, Nr. 1.

Es ist sehr bemerkenswert, daß der sexuelle Inhalt bei den weiblichen Beschuldigten eine soviel größere Rolle spielt, als bei den männlichen, wo doch sonst die Zahl der anonymen Schreiben, absolut genommen, bei den beiden Geschlechtern fast gleich ist (28 : 29). Diese Zahlen sprechen jedenfalls nicht dafür, daß das Interesse an sexuellen Dingen beim Mann größer ist als beim Weib; sie scheinen vielmehr denen Recht zu geben, die dem Weibe eine größere Sexualität zuschreiben. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ein Fall von Benzinsucht. Von Dr. J. Schmelz. Wiener klinische Wochenschrift; 1914, Nr. 1.

Ein 12jähriges Mädchen, deren Mutter eine Handschuhreinigung betrieb und dazu viel Benzin brauchte, fiel dadurch auf, daß sie sich auf jede Weise Benzin zu verschaffen suchte, dieses auf das Taschentuch goß und einatmete. Das Kind geriet dadurch in einen gewissen Rauschzustand, sah schöne Landschaften, gut gekleidete Menschen, vielgestaltige Tiere und hörte Stimmen. Eines Tages wurde das Kind taumelnd auf der Straße von der Polizei aufgegriffen. Durch Hypnose gelang es, das Kind von seiner Benzinsucht zu befreien. Dr. Dohrn-Hannover.

Der Aberglauben im Rechtsleben. Von Landrichter Dr. Schefold in Stuttgart und Assistenzarzt Dr. Werner in Winnental. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen; VIII. Bd., H. 8. Carl Marhold, Halle a. S. Gr. 8°, 68 S. Preis: 1,50 M.

Die von dem um die Entwicklung des württembergischen Irrenwesens so verdienten Direktor der Heilanstalt Winnental, Medizinalrat Dr. Kreuser, vor nunmehr einem Jahrzehnt in so dankenswerter Weise angeregten Jahresversammlungen von Juristen und Aerzten in Stuttgart haben schon so mannigfache wichtige und interessante „Grenzfragen" zum Gegenstand ihrer Tagungen gemacht und zu einem lebhaften innigen Meinungsaustausch der Vertreter beider Fakultäten geführt. Auch die Erörterung des vorliegenden Themas, das einer der Nachtseiten des menschlichen Geisteslebens, dem Aberglauben in seinen Beziehungen zum Recht, gewidmet ist, dürfte für die Förderung gemeinsamer Interessen von großem wissenschaftlichen und praktischen Nutzen sein. Und so scheint es denn in Hinsicht auf den Leserkreis dieser Zeitschrift, insbesondere auf den Gerichtsarzt, wünschenswert, über den Inhalt der gehaltenen Referate etwas eingehender zu berichten.

Schefold untersucht die Frage vom juristischen Standpunkt aus. Der Begriff Aberglaube entzieht sich vorläufig noch einer strengen Definition: man wird „vielleicht abergläubisch nennen können Annahmen, die keine Berechtigung in einer anerkannten Religion haben und die mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen der neuesten Zeit in unlöslichem Widerspruch stehen". Der Aberglaube, der bei allen Völkern „in den meisten Grundgedanken und Hauptgestaltungen übereinstimmt" kann hauptsächlich auf zweierlei Weise den Beweggrund zu Rechtsverletzungen abgeben: einmal selbständig, unmittelbar und dann als „Mittel zur Ausbeutung solcher, die dem Aberglauben unterworfen sind". Solchergestalt kann er also straf- und zivilrechtliche Bedeutung erlangen. Sch. gibt nun eine Fülle von Beispielen für die verschiedensten Arten des Aberglaubens in seinen mannigfachen Konflikten mit dem Recht. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Zum geltenden Recht führt Sch. aus, daß Aberglaube nur in Berücksichtigung kommen könne bei Verträgen, bei Ehescheidungsklagen wegen schuldhafter Zerrüttung des Ehebands, B.G.B. § 1568, bei Ansprüchen aus unerlaubter Handlung und bei Zuwiderhandlungen gegen Tatbestände der Strafgesetze für die Fragen der Schuld oder den Grad der Verantwortlichkeit. Am praktisch wichtigsten ist die Frage, ob Aberglaube als Milderungsgrund, insbesondere bei Mord, künftig im Gesetz angesehen werden soll. Der Vorentwurf sieht die Zulassung mildernder Umstände vor; Sch. glaubt, die gesetzliche Einführung des Milderungsgrundes, Handeln im abergläubischen Wahne, empfehlen zu sollen.

Vom medizinischen Standpunkt aus beleuchtete Werner die Frage. Er weist auf einige, besonders den Arzt interessierende Formen des Aberglaubens hin, den medizinischen Aberglauben, den Besessenheitsaberglauben, den Spiritismus und den Somnambulismus. In forensischer Beziehung kommt M. zu der Auffassung: „Aberglaube allein kann bei Fehlen sonstiger Symptome einer Geistesstörung oder hochgradiger Geistesschwäche nicht als krankhafte Störung der Geistestätigkeit aufgefaßt werden; denn zum Begriff „Krankheit" und „krankhaft" gehört doch wohl eine im Individuum selbst vor sich gehende und begründete Veränderung des Vorstellungsinhalts und -ablaufs. Es genügt hierzu nicht eine nur von außen etwa durch abergläubische Umgebung, Erzählungen, Beispiele bewirkte Beeinflussung bei sonst intakter Psyche".

Aus der Diskussion mag erwähnt werden, daß der Forderung, beim Mord

überhaupt mildernde Umstände zuzulassen, in Juristenkreisen zahlreiche Gegner gegenüberstehen. Dr. Rühle-Halle-Nietleben.

Eine seltene Anomalie der Zunge bei einem geisteskranken Verbrecher. Von Dr. Ant. dell' Erba. Archivio di Antropologia criminale, Psichiatria e Medicina legale; 34. Bd., 5. H.

Die Anomalie bestand in 3 seitlichen Furchen, die von der Längsfurche in der Mittellinie abzweigten, ausschließlich die Mucosa betrafen, eine Tiefe von 3 bis 5 mm besassen und zweifellos angeboren waren. Diese Form ist bisher kaum beschrieben, wie Verfasser angibt. Dr. Solbrig-Königsberg.

C. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Die geplante Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten. Von Dr. jur. Ostern, Gerichtsassessor, Geschäftsführer der Nordwestlichen Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft, Hannover. Göhmannsche Druckerei, Hannover.

Die Berufskrankheiten, die durch eine länger dauernde oder kürzere, aber öfters wiederholte schädliche Einwirkung des Betriebes oder der Betriebsarbeit auf den Versicherten entstehen, sind bisher streng getrennt von den Unfallkrankheiten, welche auf ein plötzliches, in einen kurzen Zeitraum zusammengedrängtes Ereignis zurückzuführen sind.

Durch Beschluß des Bundesrates kann nun auch die Unfallversicherung auf bestimmte gewerbliche Berufskrankheiten ausgedehnt werden. Hierin sieht O. erhebliche Gefahren, die er in seinem Vortrag eingehend erörtert. O. weist nach, daß für den Arbeiter kein erheblicher Vorteil aus der Ausdehnung der Unfallversicherung auf die gewerblichen Berufskrankheiten erwachsen würde; für die Berufsgenossenschaften aber würden ganz erhebliche Nachteile entstehen, insbesondere, da sie als Unternehmer die gesamten Kosten zu tragen haben würden. Auch für die Allgemeinheit würde kein erheblicher Nutzen bezüglich der Verhütung und Heilung der Gewerbekrankheiten erwachsen. Da fast jede Allgemeinkrankheit durch den Beruf verursacht oder beeinflußt werden kann, wird aber eine große Rechtsunsicherheit entstehen. Auch die Bestimmung des Beginns der Krankheit würde sehr schwierig sein. Der Simulation und der Uebertreibung würden Tür und Tor weit geöffnet werden.

Die Erfahrungen, die in der Schweiz mit der Aufnahme der Bleivergiftung in die Unfallversicherung gemacht worden sind, liefern hierfür drastische Beweise. Die Bleivergiftung nahm zur Zeit der Arbeitslosigkeit im Winter lawinenartig zu; die Ansprüche der Leute stiegen ins Ungemessene. Manche behaupteten, daß sie nur an der Riviera Heilung finden könnten. Ein Kranker wollte auf Kosten der Versicherung nach Korfu ziehen mit der Begründung, daß bei reichen Herren der Arzt es auch so verordnen würde.

Der Ausdehnung der Unfallversicherung auf die Berufskrankheiten stehen so schwere politische, gesetztechnische, medizinische, sozialethische und finanzielle Bedenken gegenüber, daß davor dringend gewarnt werden müsse.

Dr. Dohrn-Hannover.

Die Ankylostomiasis in Beziehung zum Unfallgesetz. Von Dr. Franc. Leoncini-Florenz. La Medicina delle Assicurazioni sociali; 1914, Nr. 9.

Verfasser, der diese Frage bereits früher erörtert hat, bespricht kritisch die Ansichten derjenigen — italienischen — Autoren, die sich gleichfalls hierzu geäußert haben, um seinen früheren Standpunkt nochmals zu präzisieren. Die Frage ist die: Ist die Wurmkrankheit zu den Unglücksfällen zu rechnen oder gehört sie zu den Gewerbekrankheiten? Jede der beiden Ansichten findet ihre Verteidiger, wenn auch wohl überwiegend die Meinung vorgebracht wird, es handle sich bei der Ankylostomiasis um einen Betriebsunfall, und zwar deshalb, weil zum Zustandekommen der Krankheit ein plötzliches Ereignis (die Infektion mit Larven der Parasiten) erforderlich sei. Leoncini betont, daß seine und seiner Schule Auffassung die sei, daß die Ankylostomiasis weder immer eine Gewerbekrankheit noch immer einen Betriebsunfall darstellt, wohl aber das eine oder das andere sein könne, je nach den Umständen, und daß von Fall zu Fall entschieden werden müsse. Dies sei ähnlich wie bei der Hernie oder bei Bleivergiftungen. Zum Zustandekommen einer Ankylostomiasis gehöre die

Infektion mit einer gewissen, nicht gar zu kleinen Zahl von Würmern. Beim Vorhandensein von nur wenigen Parasiten sei von einer Krankheit und demnach einer Entschädigungspflicht nicht die Rede; es handle sich da nur um Wurmträger, die zwar andere Infektionen veranlassen könnten, aber selbst in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht beschränkt seien.

Da nun aber das gegenwärtige (italienische) Unfallgesetz nicht ausreicht, um gegebenenfalls bei Erkrankungen an Ankylostomiasis helfend einzugreifen, so fordert Verfasser eine entsprechende Abänderung des Gesetzes dahingehend, daß prinzipiell auch bei Ankylostomiasis die Entschädigungspflicht ausgesprochen wird, da zweifellos in nicht seltenen Fällen die Wurmkrankheit ganz wie Betriebsunfälle zustande komme. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Zur Operationspflicht in England. Public health; Januar 1914, XXVII, Nr. 4.

1. Ein Kind litt an adenoiden Vegetationen, an erschwerter Atmung, Taubheit, Geistesschwäche, Blutarmut. Der Vater war mit einer Operation nicht einverstanden, da er sie nicht für nötig hielt. Er wurde vor der Kings Bench Division am 14. November 1913 wegen Vernachlässigung des Kindes verurteilt, da er ohne vernünftigen Grund eine Schädigung der Gesundheit des Kindes verursache und damit gegen das Kinderschutzgesetz von 1908 verstoße.

2. Bei uns gilt bekanntlich als „triftiger“ Grund der Weigerung, sich einer Anstaltsbehandlung zu unterziehen, die Weigerung des Verletzten, sich einer Operation, einer Chlorformierung zu unterwerfen, falls diese sich als nicht ohne Lebensgefahr durchzuführender Eingriff in den Bestand oder die Unversehrtheit des Körpers darstellt. (Rapmund, Kalender für Medizinalbeamte, 1914, S. 111). Anders wie R. V. A. und Reichsgericht entschied nach einem Berichte des Board of trade labour gazette, Februar 1914, der englische Court of appeal. Ein Bergmann hatte durch einen herabfallenden Stein eine Fingerquetschung erlitten. Zunächst schien es, als ob der Finger ohne Operation erhalten werden könne. Als dies nicht in wünschenswerter Weise gelang, schlugen die Aerzte die Amputation des Fingers vor, die gefahrlos sei und voraussichtlich die Gebrauchsfähigkeit der Hand wie vor dem Unfall wieder herstellen werde. In der ersten Instanz wurde der Arbeitgeber zur Rentenzahlung verurteilt, da der Arbeiter nicht unvernünftig handle, wenn er die Operation verweigere, weil der Arbeitgeber keine Entschädigung für den Fall einer ungünstig verlaufenden Operation in Aussicht gestellt habe. Vor dem Berufungsgericht dagegen wurde die Weigerung des Verletzten als unvernünftig hingestellt, da er imstande sei, nach der Operation in kurzer Zeit seine frühere Arbeit zu verrichten. Dr. Mayer-Simmern.

Röntgenstrahlen und Heißluft. Aerztliche Behandlung oder Heilmittel. Zeitschrift für Verwaltung und Rechtspflege im Großherzogtum Oldenburg; 39. Bd, S. 74.

Für ein Kassenmitglied, das an offenem chron. Eczem der Hände litt und das bisher vergeblich mit Salbe behandelt worden war, wurde eine 4—5 wöchentliche — höchstens 50 Mark Kosten verursachende — Röntgen-Heißluftbehandlung empfohlen und dann mit fast absoluter Sicherheit Heilung in Aussicht gestellt. Die Krankenkasse lehnte die Uebernahme der Kosten ab, weil die angegebene Behandlung keine ärztliche Behandlung sei, sondern unter den Begriff „Heilmittel“ falle, die nicht zu den ähnlichen Heilmitteln § 6 Ziffer 1 Kr.-G., d. h. solchen bis zum Betrag von 20 Mark gehörten. Auf erhobene Klage verurteilte das Oldenburger O. V. G. die in Frage kommende Kasse. Urteil vom 11. Januar 1912. Es stellte die Frage, ob das Röntgenverfahren ein „Heilmittel“ oder eine ärztliche Behandlung sei. Wenn in dem Röntgenverfahren eine ärztliche Behandlung zu erblicken sei, so war sie auch notwendig. Es erhelle ohne weiteres daraus, daß der Beklagte seit Jahren erfolglos mit medikamentösen Mitteln behandelt worden ist. Das Gericht sah in der Behandlung des Kranken mit Röntgenbestrahlung und Heißluft eine ärztliche Behandlung. Eine derartige verhältnismäßig noch neue Behandlungsmethode darf nur durch die Hand eines sachverständigen Arztes oder von einer Hilfsperson unter seiner unmittelbaren Leitung angewendet werden. In beiden Fällen ist sie aber nur zur ärztlichen Behandlung zu rechnen. Es mag sein, daß

die Anschauung sich in dieser Hinsicht in Zukunft ändern und noch einmal dahin gehen werde, daß die Anwendung von Röntgen- und Heißluftbehandlung, die vom Arzte verordnet ist, geprüften Heilgehilfen oder derartigen Personen ohne Bedenken überlassen werden kann. Im Großherzogtum Oldenburg war Dr. F. der einzige, der die Tiefenbehandlung anwendet. Die Möglichkeit, ihrer durch andere Personen teilhaftig zu werden, besteht nicht. Schon deswegen muß die Tiefenbehandlung als ärztliche Behandlung gerechnet werden, weil es sonst den betreffenden Versicherten versagt wäre, von der neuen, außerordentlich günstige Heilerfolge aufweisenden Heilmethode Nutzen zu ziehen.

Dr. Hanauer-Frankfurt a. M.

Tod durch Gallensteinleiden als entschädigungspflichtiger Betriebsunfall verneint. Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 12. Februar 1914.

Daß der Häuer G. am 19. Januar 1912 beim Bremsen durch den Ruck des Bremshebels eine Erschütterung des Körpers erlitten hat, mag als erwiesen angenommen werden. Daß diese Erschütterung aber so erheblich gewesen ist, um den Organismus des G. schädigend zu beeinflussen, daß also überhaupt ein Unfall im Sinne des Gesetzes vorliegt, ist auch nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme im Rekursverfahren zweifelhaft geblieben. Anderseits geht aus den ärztlichen Feststellungen und Gutachten mit Sicherheit hervor, daß G. am 19. Januar 1912 bereits an einer Erkrankung der Gallenblase und vielleicht auch der Leber und der Bauchspeicheldrüse litt. Sein Leiden war bereits so weit vorgeschritten, daß es nach der Ueberzeugung des R.-V.-A. auch ohne die Erschütterung in gleicher Weise zum Tode geführt haben würde.[1]) Diese Ueberzeugung stützt sich zunächst auf das Gutachten der Aerzte, welche die Leichenöffnung vorgenommen und aus dieser einen Anhalt für die Mitwirkung eines Unfalls nicht gewonnen haben. Sodann aber hat sich der Geh. Sanitätsrat Prof. Dr. K. in seinem dem R.-V.-A. erstatteten Gutachten unter eingehendster Begründung dahin geäußert, daß ein Zusammenhang zwischen dem zum Tode führenden Leiden und dem behaupteten Unfall, und zwar im Sinne der Verschlimmerung eines bestehenden Leidens durch den Unfall, nur mit einiger Wahrscheinlichkeit angenommen werden könne. Eine derartige Wahrscheinlichkeit ist aber nicht viel mehr als eine Möglichkeit, und sie genügt hier um so weniger für den Nachweis des ursächlichen Zusammenhangs, als Prof. K. es ebenfalls ausdrücklich als sehr wohl möglich bezeichnet, daß der Tod des G. am 23. Januar 1912 auch ohne den Unfall lediglich infolge des vorhandenen Gallenblasenleidens eingetreten wäre.

Sarkombildung im Unterarm und Tod. Ursächlicher Zusammenhang mit einer behaupteten Handverletzung verneint. Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. Februar 1914.

Die Frage, ob ein Betriebsunfall des am 31. Dezember 1911 verstorbenen Maschinisten F. E., des Ehemanns bezw. des Vaters der Kläger, vorliegt, kann dahingestellt bleiben; denn der Nachweis, daß das zum Tode führende Sarkom durch den behaupteten Betriebsvorgang vom Mai 1911 verursacht oder in seiner Entwicklung beschleunigt worden ist, ist nicht erbracht und nach Lage des Falles auch nicht zu erbringen. Nur Dr. Ro. in Stolberg vertritt in seinem Gutachten vom 14. Januar 1912 mit Rücksicht auf den außergewöhnlich schnellen Verlauf des Leidens und das Bestehen eines Krankheitsbildes seit dem Unfall den Standpunkt, daß das Sarkom durch ihn verursacht oder mindestens in seiner Weiterbildung sehr ungünstig beeinflußt worden ist. Schon das Gutachten der chirurgischen Universitätsklinik in Bonn vom 20. April 1912 gibt nur die Möglichkeit zu, daß das schon vor dem fraglichen

[1]) Der Tod war 4 Tage nach dem angeblichen Unfall erfolgt; die Sektion hatte Gallensteine sowie eitrige Entzündung der Leber und der Bauchspeicheldrüse ergeben und zwar in bereits soweit vorgeschrittenem Maße, daß nach Ansicht der obduzierenden Aerzte eine ungünstige Beeinflussung oder ursächlicher Zusammenhang mit der Berufstätigkeit nicht angenommen werden konnte.

Vorgange bestehende Sarkom durch ihn verschlimmert worden ist. Dagegen haben sich die Professoren Dr. R. in Bonn, Dr. L. in Düsseldorf und Dr. Ri. in Bonn in ihren Gutachten vom 27. Oktober 1911, 23. Mai 1912 und 20. Januar 1914 dahin ausgesprochen, daß ein Zusammenhang zwischen der Verletzung und der bösartigen Geschwulstbildung nicht angenommen werden kann. Ihre Gründe sind überzeugend. Soll ein Sarkom als Unfallfolge anerkannt werden, so muß zunächst die Gewalteinwirkung eine erhebliche gewesen sein. Dies ist hier nicht der Fall gewesen. Denn die Verletzung war geringfügig. (Geringe Quetschung des linken Handgelenkes durch darauf gefallenes Eisenstück.) E. hat nur ein Schmerzgefühl empfunden und erst am 25. Juni 1911 seine Arbeit eingestellt. Weiterhin muß die Stelle, an der die Verletzung stattgefunden hat, mit dem Orte der Geschwulstentwicklung übereinstimmen. Während E. aber selbst als die getroffene Stelle das linke Handgelenk bezeichnet hat, ist die Geschwulst im unteren Ende der Speiche, also oberhalb des Handgelenks, aufgetreten. Endlich ist der Zeitraum zwischen der Verletzung und der ersten Beobachtung der Geschwulst (4 Wochen) ein viel zu kurzer gewesen, um sie zur Entstehung zu bringen. Nach dem übereinstimmenden Urteile der drei Sachverständigen ist es ausgeschlossen, daß das Sarkom durch die Verletzung hervorgerufen ist, und ebensowenig anzunehmen, daß die zur Zeit des Unfalls schon vorhanden gewesene Geschwulst durch ihn zu einem schnellen Wachstum gebracht worden ist. Unter diesen Umständen kann eine Entschädigungspflicht der Beklagten nicht anerkannt werden.

D. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

Diphtherie.

Ueber den Gehalt des Blutes an Diphtherie-Antitoxin bei gesunden Erwachsenen, Rekonvaleszenten und Bazillenträgern, nebst Bemerkungen über die Bedeutung der letzteren bei der Diphtherie. Von R. Otto. Deutsche med. Wochenschrift; 1914, Nr. 11.

Aus Anlaß einer geplanten Schutzimpfung des Personals der Diphtheriestation des Rudolf Virchow-Krankenhauses mit dem neuen von Behringschen Diphtherieschutzmittel wurde bei einer größeren Reihe von Menschen eine Antitoxinbestimmung vorgenommen und folgende bemerkenswerte Feststellungen gemacht: Die alte Erfahrung, daß bei einem großen Prozentsatz der Erwachsenen mit dem Vorkommen von Diphtherie-Antitoxin zu rechnen ist, wurde bestätigt. Dieser Prozentsatz ist am größten bei den Personen, die — wie das Krankenhauspersonal — dauernd Infektionen mit Diphtherie ausgesetzt ist. Bazillenträger und Dauerausscheider zeigten einen hohen, sonstige Rekonvaleszenten einen weniger hohen Antitoxingehalt. Eine einmalige Infektion mit Diphtherie erzeugt demnach in der Regel wohl keine besonders hohe Immunität; hierzu sind wahrscheinlich wiederholte Infektionen notwendig. Die gesunden Bazillenträger machen z. T. lavierte, klinisch nicht in Erscheinung tretende Infektionen durch, wie aus dem Ansteigen des Antitoxingehaltes während bezw. nach der Periode des positiven Bazillenbefundes hervorgeht. Auf Grund der Untersuchungen wird die Conradische Anschauung über Haupt- und Nebenträger insbesondere für die Frage der Diphtheriebekämpfung abgelehnt.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Ueber das Vorkommen von Diphtheriebazillen im strömenden Blute. Von Dr. E. Rodelius. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 75.

Die große Zahl von Untersuchungen des Verfassers bestätigt das von anderen Autoren festgestellte Vorkommen von Diphtheriebazillen im strömenden Blute Diphtheriekranker. Diese Diphtheriebakteriämie gehört jedoch zu den größten Seltenheiten, da unter 196 Blutentnahmen von 187 Fällen nur 3 mal Diphtheriebazillen im Blute gefunden wurden. An sich braucht die Diphtheriebakteriämie nicht zum Tode zu führen, sondern kann vorübergehend sein.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Ueber Diphtheriebazillen. Von Dr. E. Seligmann-Berlin. Zentralblatt für Bakteriologie; 1913, 1. Abteil., Orig., Bd. 72, H. 3.

Der Verfasser hat sich der Aufgabe unterzogen, den Beziehungen zwischen Menschen-Giftigkeit und Stammes-Beschaffenheit der Diphtheriebazillen und

ihrer Verwandten nachzugehen. Er hat dazu 96 Reinkulturen von 42 Menschen angelegt.

Mit Neißer teilt er ein in 1. typische virulente, 2. typische avirulente, 3. atypische virulente, 4. atypische avirulente Diphtheriebazillen und in 5. diphtheroide (Pseudodiphtherie- usw.) Bazillen.

Von den typischen Stämmen verlangt er u. a. zartes Wachstum auf Agar und Säurebildung in Bouillon. Atypisch sind Stämme, die in einem einzigen Merkmal — z. B. Länge, Dicke, Polfärbung, mangelnde Säurebildung in Bouillon — abweichen; soweit sie also auch avirulent sind, bilden sie den Uebergang zu den Diphtheroiden, die den echten Diphtheriebazillen nur noch ähnlich sind. So gewaltsam diese Einteilung ist, wird man sie hinnehmen müssen, solange eine bessere fehlt. Unter „Virulenz“ ist die Meerschweinchen-Virulenz zu verstehen.

Es ergaben sich nun folgende Befunde:

1) 21 Kulturen aus frischen Krankheitsfällen: 19 typische virulente, 2 atypische virulente Stämme.

2) 3 Kulturen von Ozaenakranken: alle 3 atypische virulente Stämme.

3) 19 Kulturen von Genesenden: 12 typische virulente, 7 typische avirulente Stämme.

4) 43 Kulturen von gesunden Bazillenträgern: 25 typische virulente, 4 atypische virulente, 5 typische avirulente, 2 atypische avirulente und 7 Diphtherie-ähnliche Stämme.

Zweierlei scheint dem Referenten aus den vorstehenden Ergebnissen besonders bemerkenswert zu sein: Einmal, daß sämtliche Kulturen, die von Diphtheriekranken Menschen gewonnen wurden, Meerschweinchen-giftig waren, zweitens, daß die Diagnose „Bazillenträger“ weniger exakt, weniger objektiv zu stellen ist, als gemeinhin angenommen wird. Die Menschen, die atypische avirulente Diphtheriebazillen oder gar nur diphtheroide Stäbchen beherbergen, werden nicht von allen Untersuchern als „Bazillenträger“ anerkannt werden. Jedenfalls ist es bei der Bedeutung der Bazillenträger-Frage aber verdienstlich, zur Klärung der Arteigenschaften, die von einer Bakterienart gefordert werden müssen, um sie für gefährlich zu halten, so, wie der Verfasser der vorliegenden Arbeit, beizutragen. Dr. Hutt-Breslau.

Kritisch-experimenteller Beitrag zur Differentialdiagnose der Diphtherie- und Pseudodiphtheriebazillen. Von Reg.-Rat Dr. Markl und Dr. Felix Pollak. Wiener klin. Wochenschrift; Nr. 40 vom 2. Oktober 1913.

Die Resultate ihrer Arbeit fassen die Verfasser in folgenden Sätzen zusammen:

1. Im Nasenrachensekrete von 91 gesunden Personen, Soldaten und bosnischen Rückwanderern, bei denen keine Berührung mit Diphtheriekranken nachweisbar war, wurden mittels der Tellurplatte in 4 Fällen hochvirulente Diphtheriebazillen nachgewiesen.

2. In 6 Fällen wurden Bazillen gefunden, die sich von den Diphtheriebazillen nur durch ihre Avirulenz unterschieden und daher als avirulente Diphtherie- oder echte Pseudodiphtheriebazillen bezeichnet wurden. 18 mal wurde ein mit dem Hofmannschen Pseudodiphtheriebacillus identisches oder verwandtes, kurzes diphtherieähnliches Stäbchen isoliert.

3. Für die Auffindung und Isolierung der genannten Keime leistete die Tellurplatte vorzügliche Dienste.

4. Zur Unterscheidung der Diphtheriebazillen von den verschiedenen diphtherieähnlichen Mikroorganismen hat sich keines der angegebenen morphologischen Merkmale und keines der geübten älteren oder vorgeschlagenen neueren Verfahren als ausnahmslos gültig und in allen Fällen für sich allein zur Diagnose ausreichend bewährt, sondern es bedurfte dazu wiederholt der Konkurrenz mehrerer Kriterien. Dr. Dohrn-Hannover.

Praktische Erfahrungen mit dem Behringschen Schutzmittel gegen Diphtherie. Von Sekundärarzt Dr. Benno Hahn und Abteilungsarzt Dr. Fritz Sommer. Deutsche med. Wochenschr.; 1914, Nr. 1.

Die Verfasser haben das neue Behringsche Verfahren zur aktiven Immunisierung gegen Diphtherie weiteren Prüfungen unterzogen; insbesondere

konnten sie das Verfahren in der Praxis der Diphtheriebekämpfung bei 5 Epidemien in Dörfern des Regierungsbezirkes Magdeburg und bei einer Endemie in der Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe praktisch erproben. Nach den Erfahrungen der Verfasser ist die subkutane und intramuskuläre Applikation des v. Behringschen Toxin-Antitoxingemisches in der Praxis noch nicht brauchbar, da weder Lokal- noch Allgemeinreaktionen einen Schluß auf die zu erwartende oder ausbleibende Antikörperproduktion zuläßt. Dagegen tritt bei intrakutaner Anwendung des Mittels eine eventuell mit leichten Allgemeinerscheinungen verbundene genügend starke Lokalreaktion auf, die mit entsprechender Schutzkörpervermehrung einhergeht. Bei 5 Epidemien und 1 Endemie wurden auf diese Weise im ganzen 633 Kinder ohne erhebliche Nebenwirkungen voll immunisiert. Während die Epidemien bei der übrigen Bevölkerung andauerten, kamen bei den voll immunisierten Kindern bisher 2 Erkrankungen, davon 1 ganz abortive, 1 mit negativem Bazillenbefund vor. Diphtherische Erkrankungen während der ersten 10 Tage nach der Schutzimpfung, d. h. in der Zeit, in der die Bildung der Antikörper noch nicht vollendet ist, verliefen in einigen Fällen abortiv. Eine negative Phase und die Gefahr der Anaphylaxie scheint nicht zu bestehen. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Fünfte Mitteilung über von Behrings Diphtherie-Vakzin. Von Dr. K. Kißling-Hamburg. Deutsche Medizin. Wochenschrift; 1913, Nr. 51.

Verfasser hat seit Ende Juni d. J. mit dem neuen Behringschen Vakzin bei 310 Personen Immunisierungsversuche im Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf ausgeführt und kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Folgerungen und Ergebnissen. Von 310 der Diphtheriegefahr besonders stark ausgesetzten Kranken erkrankten von 111 zweimalig geimpften Fällen kein Fall, von 199 einmalig geimpfen Fällen 8, darunter innerhalb der ersten 9 Tage nach der Impfung 3 und mit klinisch zweifelhaften Symptomen 3 Fälle. Von den klinisch bezw. bakteriologisch diagnostizierten Diphtherieerkrankungen ließen 5, sämtlich Scharlachrekonvaleszenten, einen so auffallend leichten Krankheitsverlauf erkennen, daß mit großer Wahrscheinlichkeit ein günstiger Einfluß der Impfung angenommen werden muß. Im Gegensatz zu Kleinschmidt und Viereck war nach den Erfahrungen des Verfassers die Interskapularregion als Impfstelle zweckmäßiger als der Oberarm. Die intrakutane Injektion scheint der subkutanen vorzuziehen zu sein; eine besondere probatorische Injektion ist dabei nicht erforderlich. Das Vakzin erwies sich in allen Fällen als unschädlich. Für Massenimpfungen in der Vakzinationspraxis können Blutuntersuchungen auf Antitoxingehalt entbehrt werden, sind aber wissenschaftlich von hohem Werte. Wenn auch schon nach einmaliger Impfung eine bedeutende Antitoxinproduktion eintritt — wiederholt bis zum 20fachen normalen Blutes — und wenn auch die Annahme, daß bereits $^{1}/_{20}$fach normalen Blutes vor Erkrankung schützt, richtig ist, so scheint doch zur Erreichung eines ausreichenden Diphtherieschutzes eine zweimalige Impfung empfehlenswert, aber auch ausreichend, wenn darnach eine deutlich wahrnehmbare Lokalreaktion aufgetreten ist. Der Schutz tritt nach der Impfung nicht sofort, sondern allmählich ein; Anhaltspunkte dafür, daß während dieser Zeit, im Sinne der sogenannten negativen Phase, eine verstärkte Diphtherieempfänglichkeit bestehe, konnten nicht festgestellt werden. Das Säuglingsalter zeigte die geringste, das Jugendalter eine höhere und der Erwachsene die stärkste Empfindlichkeit gegen das Vakzin. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Das Auftreten der Diphtherie in den Schulen und die Methoden ihrer Bekämpfung. Von Stadtrat Dr. A. Gottstein in Charlottenburg. Deutsche Medizinische Wochenschrift; 1914, Nr. 9.

In der sehr lesenswerten Arbeit werden die Erfahrungen, die in dieser Frage seit dem Einsetzen einer planmäßigen Bekämpfung der Diphtherie in den Schulen Charlottenburgs im Jahre 1911 gesammelt werden konnten, eingehend besprochen und folgende Schlußfolgerungen gezogen: In zwei Drittel bis drei Viertel aller Fälle treten die Diphtherieerkrankungen in den Schulen genau wie auch in der Gesamtbevölkerung in der Form von Einzelfällen auf, von denen eine Ausbreitung in den Klassen nicht stattfindet. In einer Minderzahl findet aus bisher unbekannten Gründen ein Ausbruch richtiger Klassen-

epidemien statt, die eine Neigung zu Nachschüben aufweisen und wegen ihrer Hartnäckigkeit und Gefährlichkeit Anlaß zu besonderen Maßnahmen geben. Die Wiederzulassung Genesener zum Schulbesuch wird zweckmäßig von dem bakteriologischen Nachweis des Verschwindens der Bazillen abhängig gemacht. Ist auch der exakte Schluß gegenwärtig noch nicht zu liefern, daß hierdurch Klassenepidemien vermieden werden, so sprechen doch klinische Beobachtungen für eine gewisse Wahrscheinlichkeit. Das Vorhandensein von Diphtheriebazillen ist nur ein Symptom, nicht die alleinige Ursache für die Gefahr einer Weiterverbreitung der Krankheit. Zur Verhütung von Klassenepidemien von Diphtherie ist die Untersuchung sämtlicher Insassen auf das Vorhandensein von Bazillen unmittelbar nach der Verdacht erweckenden Erscheinung des gleichzeitigen Auftretens von mehreren Erkrankungen in kurzer Zeitfolge ein wertvolles Mittel. Die Fernhaltung dieser Keimträger vom Klassenbesuch belohnt sich durch die Vermeidung von Klassenschluß und durch Abkürzung der beginnenden Klassenepidemien. Eine solche Anordnung ist auch dann begründet, wenn wiederholte Erkrankungen in einer Klasse während eines Zeitraumes mehrerer Wochen auftreten oder gleichzeitig in mehreren Klassen mehr als je ein Fall vorkommt. Genesene wie gesunde Dauerausscheider können, falls nicht spätere Beobachtungen zu einer anderen Auffassung Anlaß geben, nach einem Zeitraum von 8 Wochen wieder zum Schulbesuch zugelassen werden, da die bisherige Erfahrung lehrt, daß nach Ablauf dieser Zeit von ihnen neue Ansteckungen nicht ausgehen. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Ergebnis der Staphylococcusspray-Behandlung in 42 Fällen von Diphtherieträgern. Von W. A. Womer, New Castle. The journ. of the am. med. ass; 1913, 61. Jahrgang, Nr. 26.

In einer Diphtherieepidemie in New Castle, Pa. (1912—1913) wurden Abstriche entnommen bei 125 klinischen Fällen und bei 90 gesunden Kontakten. 80% der Kranken und 77% der Gesunden blieben 30 Tage und länger positiv. Die genaue Dauer kann nicht für alle angegeben werden, da nach 60 Tagen keine Proben mehr angelegt wurden. Auch die Kinder, die nach 60 Tagen noch positive Befunde gaben, durften zur Schule gehen, ohne daß sie zu neuen Ansteckungen Anlaß gaben. Da die Isolierung der Träger auch auf kürzere Zeit viele Unannehmlichkeiten bietet, wandte der Autor die Spraybehandlung mit Staphylokokken an; den Aerzten wurde die Natur des Präparates bekannt gegeben. Nebenwirkungen traten nicht auf; die Zeit der Isolierung konnte aber nicht verkürzt werden. Die Herstellung und Verteilung des Mittels macht viele Schwierigkeiten; der Erfolg ist noch gering.

Dr. Mayer-Simmern.

Besprechungen.

Dr. Ph. Jolly: Kurzer Leitfaden der Psychiatrie für Studierende und Aerzte. Bonn; 1914. Verlag von A. Markus und E. Weber. Gr. 8°, 240 S.; Preis: 4,80 M.

Bei der Abfassung dieses Leitfadens war für den Verfasser in erster Linie der praktische Gesichtspunkt maßgebend. Unter möglichster Vermeidung theoretischer Auseinandersetzungen sollten die für den Studierenden und Arzt wichtigsten diagnostischen Erwägungen hervorgehoben und dem Stoffe selbst eine „auf dem Boden eines mittleren Standpunktes“ stehende und zwischen den großen Lehrbüchern und den kleinen Kompendien die Mitte haltende Darstellung gegeben werden. Dieser bei den vielerlei diagnostischen Meinungsverschiedenheiten innerhalb der psychiatrischen Wissenschaft gewiß nicht leichten Aufgabe ist der Verfasser in ausgezeichneter Weise gerecht geworden. Ganz vorzüglich ist die das Wesentliche in kurzen prägnanten Worten treffende Darstellung der allgemeinen Symptomatologie und der allgemeinen Diagnostik der Geisteskrankheiten. Das Buch kann jedem, der das Bedürfnis nach einer knappen und dabei doch klaren und übersichtlichen Darstellung der Psychiatrie hat, auf das Wärmste empfohlen werden.

Dr. Rühle-Halle-Nietleben.

Dr. Manfred Fuhrmann, leitender Arzt des Sanatoriums Grotenburg in Hiddesen-Detmold: **Diagnostik und Prognostik der Geisteskrankheiten**. Ein kurzes Lehrbuch. Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig; 1913. Verlag von Ambrosius Barth. 8°, 367 S.; Preis: 6,75 M.

Das vor 10 Jahren erschienene und nunmehr in zweiter Auflage vorliegende Kompendium fußt im wesentlichen „auf den Errungenschaften der Kraepelinschen Psychiatrie“, die nach des Verfassers Ansicht „für die praktische Diagnostik und klinische Systematik immer noch unerschüttert die beste Grundlage abgeben“. Von diesem Gesichtspunkte aus sind auch die Wandlungen, die die psychiatrische Differenzialdiagnostik im letzten Jahrzehnt durchgemacht hat, gewertet und haben, namentlich im speziellen Teile des Buches, recht erhebliche Umänderungen gegenüber der ersten Ausgabe notwendig gemacht. Das Buch, das inhaltlich fast über den Rahmen eines „kurzen Lehrbuches“ hinausgeht, ist außerordentlich lesenswert und in vieler Beziehung auch für den Fachmann von großem Interesse. Dagegen erscheint die allzureiche Fülle des Gebotenen der Erreichung des eigentlichen Zweckes des Buches, dem praktischen Arzte zu dienen und den „Neuling in der Psychiatrie“ zu lehren, „wie man in der Psychiatrie eine Diagnose macht“, nicht gerade förderlich zu sein.

Dr. Rühle-Halle-Nietleben.

Prof. Dr. Alfred Hegar in Freiburg: **Zur chinesischen, deutschen und amerikanischen Kriminalistik.** Der Kampf gegen Minderwertigkeit und Verbrecher. Wiesbaden; 1914. Verlag von J. F. Bergmann, Gr. 8°, 34 S.; Preis: 1,20 Mark.

Hegar, der Altmeister der Frauenheilkunde, ergreift unter obigem Titel in Fragen der Rassenhygiene das Wort. Die bisher — bei exotischen wie bei den europäischen Völkern — ergriffenen Maßregeln zur Bekämpfung der Kriminalität und der Minderwertigkeit sind z. T. brutal, z. T. ungenügend; zum Teil basieren sie auf falschen Voraussetzungen. Die Beseitigung ererbter Eigenschaften ist nahezu ein Ding der Unmöglichkeit. Daher kann der geborene Verbrecher nicht gebessert und der minderwertig Beanlagte nicht auf ein höheres Niveau gebracht werden. Mit den erworbenen Anlagen ist es besser bestellt; sie lassen sich häufig günstig beeinflussen. Auch sind sie in viel geringerem Grade für die Gesellschaft schädlich, da sie sich nicht vererben. Die Hauptaufgabe und zugleich eine sehr dankbare beim Kampfe gegen Minderwertigkeit, besteht daher in der Verhütung ihrer Entstehung durch Vererbung. Diese Prophylaxe kann nur geübt werden durch eine verständige Zuchtwahl und Ausschließung der ererbten Minderwertigen von der Fortpflanzung. In letzterer Beziehung sind uns die Amerikaner weit über; so zählen die der operativen Durchschneidung des Samenleiters unterworfenen unverbesserlichen Verbrecher, Geistesschwache, Irrsinnige, Notzüchtiger nach vielen Hunderten. Wenn man auch mit einem Urteil über diese rechtlichen Bestimmungen in den Unionstaaten noch zurückhalten muß, bis Erfahrungen über ihre Wirkungen vorliegen, so ist es doch zweifellos richtig und Erfolg versprechend, die Verbrechen dadurch zu verhüten, daß man die Entstehung der Verbrecher verhütet.

Das sind die Grundgedanken der geistreich und anregend geschriebenen Broschüre Hegars, die gar manchmal den Unmut des Verfassers über bestehende Zustände und Anschauungen durchblicken läßt.

Dr. Rühle-Halle-Nietleben.

Dr. med. J. Marcinowski, Sanatorium Haus Sielbeck a. Uklei, Ost-Holstein: **Mut zu sich selbst. Das Seelenleben des Nervösen und seine Heilung.** Berlin W. 57; 1914. Verlag von Otto Salle. Gr. 8°, 400 S.; Preis: 6 M.

Das Buch soll in die Gedankenwelt der sogenannten psychoanalytischen Schule einführen, die „zwischen Kampf und Widerspruch, unbeirrt durch entrüstete Kritik seitens der offiziellen Wissenschaft, ihren Siegeslauf angetreten hat“. Es ist ungemein beklagenswert, daß die in dem Buche vertretenen Anschauungen so leicht Eingang in Laienkreise gefunden und sich bereits

Geistliche und Lehrer in nicht unbeträchtlicher Zahl der Freudschen Psychoanalyse ergeben haben. Wenn nun auch noch — veranlaßt durch die Lektüre des sehr populär geschriebenen Marcinowskischen Buches — psychoanalysierende Eltern beginnen, die kindliche Seele nach dem Verfahren zu formen, dann ist der Schaden wohl kaum mehr gut zu machen. Es ist auf das energischste vor seiner Anwendung zu warnen; denn gerade bei der Behandlung des kindlichen Seelenlebens richten die Psychoanalytiker die größte Verwirrung an. Das ständige Wittern von Sexuellem führt zu ganz grotesken Absurditäten: Das Spielen kleiner Jungens mit der Peitsche ist unbewußter Sadismus, das Tun von Verbotenem bezw. die darnach zu erwartende Strafe ist unbewußter Masochismus, das Vergnügen an runden Dingen ist Koprophilie, aus dem harmlosesten Interesse an körperlichen Verrichtungen wird eine „Anal“- und „Urethral-Erotik“ zurechtkonstruiert etc. etc. Derart betriebene „Psychoanalyse“ ist gefährlich für das Nervensystem der Kranken und daher abzulehnen; doppelt gefährlich, wenn Laien den Beruf in sich verspüren, sich psychoanalytisch zu betätigen. So ist denn zu wünschen, daß die psychoanalytische Episode in der Psychiatrie bald vorüber sein möge.

Dr. Rühle-Halle-Nietleben.

Dr. W. Rosenthal, Prof. und Geh. Med.-Rat in Göttingen: **Tierische Immunität.** Verlag von Vieweg & Sohn. Braunschweig; 1914. Preis: 6,50 M.

Die vorliegende Abhandlung ist in der Absicht geschrieben, nicht nur Aerzten und Studierenden der Medizin, die sich in die Immunitätslehren einarbeiten wollen, sondern auch Nichtmedizinern, insbesondere Forschern in anderen Gebieten, dieses interessante und wichtige Thema klar übersichtlich und in knapper Form zur Darstellung zu bringen. Das Buch kann somit als ein geeigneter Führer gelten, der zu den Quellen führt, aus denen man weitere Aufklärung über spezielle Fragen schöpfen kann. Von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet, wird man es verstehen, daß der Verfasser nur die grundlegenden Tatsachen erörtert. Sicherlich wird das Werk sich viele Freunde erwerben.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Med.-Rat Dr. Grassl-Kempten: **Der Geburtenrückgang in Deutschland, seine Ursachen und seine Bedeutung.** Kempten und München; 1914. Verlag von Jos. Kösel. Gr. 8, 166 S. Preis: 1 Mark.

Verfasser steht seit vielen Jahren als einer der Führer im Kampf gegen die gewollte Beschränkung der Geburtenzahl und äußert sich hier unter Darbietung reichlichen statistischen Materials, das sich besonders auf Bayern bezieht, aber Deutschland als ganzes und andere Länder mit berücksichtigt, in klarster und freimütigster Weise über das Problem, das ihm am Herzen liegt.

Jede Ehe, die nach zehnjährigem Bestande nicht drei lebende Kinder aufzuweisen hat, ist in Graßls Augen irgendwie pathologisch. Die Geburtenzahl nimmt in Deutschland nach Westen zu ab; der Geburtenrückgang ist überwiegend etwas Beabsichtigtes. Unverkennbar sind die ethischen und religiösen Einflüsse, insofern als z. B. die Fruchtbarkeit in jüdischen und katholischen Kreisen eine größere ist, als in protestantischen, und in Wahlkreisen mit sozialdemokratischer Stimmabgabe eine geringere Kinderzahl zu finden ist als in konservativen Wahlkreisen.

Die gesellschaftlichen Verhältnisse sind es hauptsächlich, die mit ihren hochgeschraubten Ansprüchen die Schuld an dem bedenklichen Zustand, den Verfasser mit einer Morphium-Vergiftung des Volkes vergleicht, tragen; namentlich ist es die moderne Frau, die in dieser Beziehung verurteilt werden muß.

Unter den Abhilfemaßnahmen finden die sozialen Verbesserungen eine entsprechende Berücksichtigung. Dagegen hält Verfasser von polizeilichen Maßnahmen — mit Recht! — nicht viel. Mit einem ernsten Mahnwort wendet er sich auch an die Aerzte, soweit diese allzu bereit sind, durch Wort und Tat zur Verbreitung des Neumalthusianismus beizutragen.

Die Schrift ist in hohem Maße beachtenswert.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Tagesnachrichten.

Aus dem preussischen Herrenhause. Bei der diesjährigen Beratung des Etats des Ministeriums des Innern hat sich das preußische Herrenhaus in seiner Sitzung vom 28. Mai auch mit der **Impffrage** beschäftigt und im Gegensatz zum Reichstage die Notwendigkeit, das Impfgesetz in allen Punkten aufrecht zu halten und an seinen Vorschriften nicht rütteln zu lassen, durch lebhaften Beifall zu den Ausführungen des Vertreters der Staatsregierung, Min.-Direktor Prof. Dr. Kirchner, anerkannt. Das Herrenhausmitglied Graf v. Hutten-Czapski sprach sein Bedauern aus, daß in diesem Jahre im Reichstage die Petitionen der Impfgegner zum ersten Male dem Reichskanzler teils zur Erwägung, teils als Material überwiesen seien, anstatt wie früher über sie zur Tagesordnung überzugehen; das sei ein Grund zur ernsten Beunruhigung, denn jede Aenderung des Impfgesetzes, besonders die Einführung der sogenannten Gewissensklausel, müsse vom gesundheitlichen Standpunkte aus abgelehnt werden. Redner bat deshalb die Regierung, allen derartigen Bestrebungen energisch entgegenzutreten. Min.-Direktor Prof. Dr. Kirchner erwiderte, daß die Agitation der Impfgegner immer maßlosere Grenzen angenommen habe, obwohl keine Errungenschaft der Neuzeit so uneingeschränkt erfolgreich gewirkt und so viel Segen gestiftet habe, wie die von Jenner eingeführte Schutzpockenimpfung. Mit ihrer allgemeinen Einführung durch das Impfgesetz seien die Pocken aus Deutschland fast verschwunden. Gebe man den Impfgegnern nach, dann würden wir bald Zustände haben wie in Frankreich oder wie in Australien, wo im Vorjahre Tausende an den Pocken gestorben seien. Die sogenannte Gewissensklausel habe gerade in neuester Zeit in England großes Fiasco gemacht. Ihm, den die Impfgegner am meisten mit bitterem Hasse verfolgten, werde von ihnen sogar vorgeworfen, daß er an der Impfung nur festhalte, um möglichst viele kleine Kinder dem Tode auszuliefern, obwohl er gerade alles aufbiete, um die Impfung durch strenge Vorschriften über die Bereitung der Lymphe, über die Ausführung der Impfung selbst und über ihre Ueberwachung gesundheitsunschädlich und einwandfrei zu machen. Das öffentliche gesundheitliche Interesse gebiete es, an der Impfung, dem sichersten Bollwerk gegen die Pocken, festzuhalten; jedenfalls stehe die preußische Regierung auf diesem Standpunkt und lehne jede Abänderung des Impfgesetzes ab.

Eine weitere Bitte des Grafen v. Hutten-Czapski betreffs energischerer **Bekämpfung der Körnerkrankheit in den östlichen Provinzen** wurde vom Ministerial-Direktor Prof. Dr. Kirchner entgegenkommend beantwortet; soweit sich eine systematische Bekämpfung, von der nur allein Erfolg zu erwarten sei, als notwendig erweise, werde sie auch durchgeführt werden.

Graf Seydlitz-Sandretzki bat um Gleichstellung der zurzeit in Deutschland vorhandenen etwa 250 **homöopathischen Aerzte** mit den übrigen Aerzten. Trotzdem die Homöopathen jetzt in Groß-Lichterfelde ein großes Krankenhaus mit einer allen Ansprüchen genügenden chirurgischen Abteilung besitzen, werde ihnen die Genehmigung für eine Lotterie zum Ausbau dieses Krankenhauses verweigert und auch die Ableistung des praktischen Jahres an einem homöopathischen Krankenhause nicht gestattet. Desgleichen werde der Titel „Sanitätsrat“ höchst selten einem homöopathischen Arzte verliehen. Man spreche der Homöopathie vielfach die Wissenschaftlichkeit ab und suche ihre Entwicklung zu hemmen im Gegensatz zu Amerika, wo ihr völlig freier Spielraum gelassen werde. Man solle doch nicht vergessen, daß gerade die neuesten Entdeckungen der medizinischen Wissenschaft, z. B. die Serumtherapie, auf dem Grundsatz „similia similibus“ beruhten. — Min.-Direktor Prof. Dr. Kirchner erwiderte, daß die Homöopathie keineswegs von der Staatsregierung stiefmütterlich behandelt oder gar unterdrückt werde. Alle Mediziner erhielten während ihres Studiums auch den nötigen Einblick in das Wesen der Homöopathie, von deren Richtigkeit ja auch eine Anzahl von Aerzten überzeugt sei. Ebenso würden die Homöopathen nicht verhindert, Krankenhäuser zu errichten; auch der Titel „Sanitätsrat“ werde ihnen nicht vorenthalten. Die Homöopathen würden somit mit dem gleichen Maßstab gemessen wie die Allopathen. Der vom Vorredner gemachte Vergleich der Homöopathie mit der Serumforschung sei im übrigen nicht zutreffend.

Auf eine Anfrage des Geh. Med.-Rats Prof. Dr. Küster-Marburg betreffs

des **Salvarsan** und die in jüngster Zeit gegen dieses Mittel in der Presse erhobenen Vorwürfe und Bedenken wurden diese vom Ministerial-Direktor Prof. Dr. Kirchner als völlig unbegründet zurückgewiesen. Der in der Presse erfolgte Streit um das Salvarsan hat dazu geführt, daß die Medizinalverwaltung selbst eingegriffen hat. Sie verdient daher keineswegs den ihr vielfach gemachten Vorwurf, daß sie untätig gewesen sei, dem Mittel nicht die nötige Aufmerksamkeit gewidmet und eine Höchstgabe festgesezt habe. Es sei aber nicht Sache der Medizinalverwaltung, in den Gang der Wissenschaft einzugreifen. Ueber die Fälle in Frankfurt hat Redner selbst Ermittelungen angestellt und festgestellt, daß seit 1910 dort im Krankenhaus 10000 Personen mit Salvarsan behandelt worden sind, darunter 1200 Prostituierte. Niemand sei erblindet, niemand taub geworden; es seien nur sechs vorübergehende Lähmungen beobachtet. Von den 1200 Prostituierten sind drei gestorben, eine an einer schweren Leberkrankheit, eine andere nach drei Monaten an einer Fehlgeburt. 15 Todesfälle, wie behauptet sei, sind also nicht vorgekommen. Die ganze Sache ist von einer sehr zweifelhaften Stelle ausgegangen, von einem Revolverblatt, das kein vernünftiger Mensch liest. Eine Prostituierte ist allerdings gezwungen, sich behandeln zu lassen, weil sie allen Eingriffen heftigen Widerstand entgegensetzte. Durch die Salvarsanbehandlung sind die Fortschritte gegen die Syphilis im ganzen außerordentlich gut. Wieviel Menschen sind nicht an Chloroform zugrunde gegangen; wir wenden es aber trotzdem an, denn die Aerzte sind im Umgang mit Chloroform erfahrener geworden, und Todesfälle kommen kaum noch vor. Ob es richtig ist, große Dosen von Salvarsan in die Blutbahn mit einem Schlage einzuführen, bleibt zu prüfen; aber wenn die Medizinalverwaltung sich in dieser Frage in die Wissenschaft drängte, würde sie mit Recht verurteilt werden. Wir können nur unsere Hand über den Gelehrten halten und dürfen nicht eingreifen. Ein junger Arzt in Berlin, der bei der Sittenpolizei angestellt war und seinen Dienst zur Zufriedenheit erfüllt hat, gehört zu den Gegnern des Salvarsans. Das ist seine Privatansicht und keiner, am allerwenigsten die Medizinalverwaltung, kümmert sich darum. Wenn er aber in die politische Presse geht, aufhetzende Artikel schreibt und namentlich das Polizeipräsidium, das ihm vorgesetzt ist, beleidigt, wenn er das Material benuzt, dessen Benutzung ihm nicht zusteht, wenn er die mit ihm zusammenarbeitenden Aerzte kränkt und beleidigt, wenn er direkt jede Disziplin aus den Augen läßt und die Befehle, die ihm vom Polizeipräsidium zugehen, mißachtet, dann hat der Polizeipräsident nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, ihm zu kündigen; diese Pflicht hat er erfüllt. Wohin sollte das in Preußen führen, wenn so die Disziplin verletzt wird. Dieser Arzt hatte verdient, daß er sofort entlassen wurde. Die Ansicht, seine Entlassung sei wegen wissenschaftlicher Anschauungen erfolgt, ist falsch. Seine wissenschaftliche Anschauung ist uns ganz gleichgültig. Was wir verlangen, ist, daß er sich unter die ihm vorgesetzte Behörde unterordnet, und weil er das nicht will, mag er wo anders hingehen.

Außer den vorgenannten Fragen wurde von dem Herrenhausmitglied v. Bissing noch die **Frage des Geburtenrückganges** berührt und bei Beratung des Kultusetats in der Sitzung vom 29. Mai die **Unterstützung von Kinderhorten** sowie die **Bereitstellung von Mitteln zur Einführung der Sexualpädagogik in die Lehrerausbildung** und zur **Unterstützung der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** beantragt. Beide Anträge wurden der Unterrichtskommission überwiesen.

Die dem **Reichstage** vorgelegte **Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige** ist von ihm in seiner letzten Sitzung am 20. Mai d. J. angenommen.

Die angeregte Schaffung einer **Reichsgebührenordnung für Aerzte** ist als gescheitert anzusehen, da auf eine vom Reichsamt des Innern veranlaßte Umfrage die Regierungen einer großen Anzahl von Bundesstaaten ablehnend geantwortet haben, weil die Verschiedenartigkeit der in Betracht kommenden Verhältnisse zwischen den einzelnen Bundesstaaten zu groß sei, um sie in einer einheitlichen Gebührenordnung berücksichtigen zu können; eine Ansicht, die u. E. nicht zutreffend ist; denn größer als in den größten Bundesstaaten Preußen

und Bayern sind diese Unterschiede jedenfalls nicht und doch gilt hier für den ganzen Staat nur eine Gebührenordnung.

Bakteriologische Fleischbeschau. Seit einer Reihe von Jahren wird in größeren Schlachthöfen mit bakteriologischen Laboratorien das Fleisch von Schlachttieren, die der Blutvergiftung verdächtig sind, einer bakteriologischen Nachprüfung unterzogen. Auch bei Schlachtungen außerhalb der öffentlichen Schlachthöfe findet in verschiedenen Bezirken schon seit längerer Zeit vielfach in derartigen Fällen eine bakteriologische Untersuchung statt. Die bakteriologische Untersuchung hat sich nach den bisherigen Erfahrungen in den Fällen, in denen auf Grund der Schlachtvieh- und Fleischbeschau der Verdacht der Blutvergiftung auszusprechen war, als ein gutes Hilfsmittel zur Aufklärung dieses Verdachts erwiesen. Da das Verfahren dazu beiträgt, die Fleischbeschau zu vervollkommnen und eine größere Sicherheit dagegen zu schaffen, daß einerseits gesundheitschädliches Fleisch in den Verkehr gelangt, anderseits genußtaugliches Fleisch vernichtet wird, so erscheint seine weitere Ausdehnung erwünscht. Um nun in der Ausführung des Untersuchungsverfahrens und in der Beurteilung des Untersuchungsergebnisses die wünschenswerte Gleichmäßigkeit zu fördern, ist auf Grund von Beratungen der zuständigen Organe eine „Anweisung für die Handhabung der bakteriologischen Fleischbeschau“ aufgestellt und im Ministerialblatt des preußischen Landwirtschaftsministeriums veröffentlicht.

Am 28. v. M. ist der **Neubau für das Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg** im Beisein zahlreicher Vertreter der Behörden und der Wissenschaft feierlich eingeweiht worden. Senator Dr. Mumssen hielt die Festrede und übergab sodann das Institut dem Direktor, Obermedizinalrat Dr. Nocht, der dieses mit Dankesworten übernahm. Ein Rundgang durch die Räume beendete die Feier. Der Neubau bildet gleichsam die Krönung eines aus kleinen Anfängen hervorgegangenen mustergültigen wissenschaftlichen Instituts, das seine Gründung wie seinen weiteren Ausbau in erster Linie der zielbewußten Tatkraft des ehemaligen Hafenarztes und jetzigen Leiters des Hamburger Medizinalwesens, Ob.-Med.-Rat Dr. Nocht verdankt. Warmes Interesse haben auch der Senat und die Bürgerschaft Hamburgs sowie das Reich diesem Institut entgegengebracht, der beste Beweis dafür ist der jetzige Neubau, der mit einem Kostenaufwande von 2,5 Millionen Mark errichtet ist und in bezug auf seine innere Einrichtung, wissenschaftliche Ausstattung usw. selbst den weitgehendsten Anforderungen entspricht, so daß es in seinem jetzigen Zustand in der ganzen Welt einzigartig dastehen dürfte.

Neben wichtigen, aus den Verhältnissen des betreffenden Regierungs-Bezirkes sich ergebenden Fragen, die eine Erörterung in der diesjährigen dienstlichen Versammlung der Kreismedizinalbeamten erwünscht erscheinen lassen, sollen als Hauptthema zur Beratung gestellt werden: **„Die Apotheken und ihre Bedeutung für die heutige Arzneiversorgung“.** Hierzu wird in dem Ministerial-Erlaß folgendes bemerkt: „Der Betrieb der Apotheken hat in den letzten Jahrzehnten infolge der Einführung neuer Behandlungsverfahren und neuer Heilmittel, sowie dadurch, daß sich die Industrie im weiten Umfange der Arzneimittelherstellung zugewandt hat, eine wesentliche Umgestaltung erfahren. Auch die Krankenversicherung gewann durch ihre Ausdehnung auf immer weitere Kreise der Bevölkerung eine einschneidende Bedeutung für die Apotheken. Diese Veränderungen, ihre Ursachen und ihre Bedeutung sind zu würdigen, und im Anschluß daran ist zu erörtern, welche Folgerungen für eine gesetzliche Neuregelung des Apothekenwesens sich hieraus ergeben.“ — Zur Besprechung sollen auch die pharmazeutischen Revisoren hinzugezogen werden.

Am 9. Mai fand im großen Sitzungssaal im Ministerium des Innern eine Sitzung des geschäftsführenden Ausschusses und des Vorstandes der **Internationalen Vereinigung für Krebsforschung** statt. An der Sitzung nahmen die Herren Prof. Fibiger-Kopenhagen (Vorsitzender der Internationalen Vereinigung), Ministerial-Direktor Prof. Dr. Kirchner (Vorsitzender des geschäftsführenden Ausschusses der Internationalen Vereinigung), Prof. John Berg-Stockholm, Marine-General-Oberarzt Susuki-Tokio usw. teil. Chile, Spanien

und die Vereinigten Staaten von Nordamerika hatten sich vertreten lassen. Nach Erstattung des Geschäfts- und Kassenberichts fand eine lebhafte Erörterung über die Aenderung des Inhaltes der bisher nur für die Mitteilung der geschäftlichen Angelegenheiten bestimmten Monatsschrift „Cancer“ statt. Es wurde beschlossen, außer den bisherigen Nachrichten kurze wissenschaftliche Berichte, Referate usw. aufzunehmen. Eine längere Diskussion verursachte auch die Beratung über die Ausführung des in Brüssel gefaßten Beschlusses über die Gründung einer Medaille für hervorragende Verdienste auf dem Gebiete der Krebsforschung und -bekämpfung. Eine vorläufige Besprechung über die 1916 in Kopenhagen zu veranstaltende Internationale Konferenz bildete den Schluß der Sitzung.

---

86. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, Hannover, vom 20. bis 26. September 1914.

Sonntag, den 20. September: Begrüßungsabend im neuen Rathause.

Montag, den 21. September, vormittags: Erste allgemeine Versammlung in der Stadthalle, Begrüßungsansprachen. — W. Hellpach-Karlsruhe: Die kosmische Abhängigkeit des Seelenlebens. — O. Lummer-Breslau: Die Verflüssigung des Kohlenstoffes. — Nachmittags: Abteilungssitzungen (Technische Hochschule). — Abends: Festvorstellung im Königl. Theater.

Dienstag, den 22. September, vormittags: Abteilungssitzungen. — Nachmittags: Gesamtsitzung der medizinischen Hauptgruppe (Aula des Ratsgymnasiums). — E. Abderhalden-Halle a. S.: Ueber die Abwehrmaßnahmen des Organismus gegen blutfremde Stoffe. — W. Schütz-Berlin: Die Serodiagnose in der Veterinärmedizin. — A. Nocht-Hamburg: Tropenmedizinische Fragen von allgemeinerer Bedeutung. — H. Wieland-Straßburg: Ueber Beri-Beri vom physiologisch-chemischen Standpunkt.

Mittwoch, den 23. September, vormittags und nachmittags Abteilungs- und gemeinsame Sitzungen. — Abends: Empfang in der Stadthalle, gegeben von der Stadt Hannover.

Donnerstag, den 24. September, vormittags: Geschäftssitzung der Gesellschaft (Stadthalle). Gemeinsame Sitzung beider Hauptgruppen (Stadthalle). — E. Gaupp-Tübingen: Probleme der Degeneration. — Probleme der Tierpsychologie, Referent H. Ziegler-Stuttgart, Korreferent H. Dexler-Prag. — Nachmittags: Zweite allgemeine Sitzung (Stadthalle). — H. Stille-Göttingen: Das tektonische Bild des deutschen Bodens. — C. Kubierschky-Eisenach: Die Verwertung und die Weiterverwendung der Kalisalze. — Schlußansprachen.

Freitag, den 25. September: Ausflüge und Besichtigungen; vorgesehen sind: Besichtigungen in Hannover (u. a. größere industrielle Werke). Ausflüge nach: Lüneburg, Hildesheim, Bad Nenndorf, Eilsen, Minden i. W. (Besichtigung der Kanalbauten).

Sonnabend, den 26. September: Ausflüge nach Bad Rehburg, Pyrmont, Goslar und eventuell Harzburg, Besichtigung eines Kaliwerkes; bei genügender Teilnehmerzahl ein Ausflug nach Helgoland.

Gemeinsame Sitzungen sind vorgesehen in der Abteilung Psychiatrie (24) und Gerichtliche Medizin (31); Vortragender: Lazar-Wien: „Ueber Kinderselbstmorde“, sowie in der Abteilung für Gynäkologie (22) und Gerichtliche Medizin (31), Thema: „Kriminelle Abtreibung“.

Bei Gelegenheit der Versammlung findet wie in den früheren Versammlungsorten eine Ausstellung naturwissenschaftlicher und medizinisch-chirurgischer Gegenstände sowie chemisch-pharmazeutischer Präparate und naturwissenschaftlicher Lehrmittel und Apparate in der Technischen Hochschule statt.

Anfragen und Meldungen, die Ausstellung betreffend, sind zu richten an den Vorsitzenden des Ausstellungsausschusses, Prof. Dr. Julius Precht-Hannover, Grasweg 39 C.

Teilnehmer an der Versammlung kann jeder werden, der sich für Naturwissenschaft oder Medizin interessiert. Für die Teilnehmerkarte sind 20 M. zu entrichten, wovon aber für die Mitglieder der Gesellschaft der Jahresbeitrag in Abzug gebracht wird. Außerdem werden Damenkarten zum Preise von 6 M. ausgegeben. Die Damen der Teilnehmer können gegen Vorweisung

ihrer Karten an den allgemeinen Versammlungen und an den sonstigen Veranstaltungen und Ausflügen teilnehmen. Während der Abteilungssitzungen wird ein Damenausschuß für die Unterhaltung der Damen Sorge tragen. Zugleich mit der Teilnehmerkarte wird auch ein Führer durch Hannover verschickt werden.

Gleichzeitig mit der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte, welche vom 20. bis 26. September d. J. in Hannover stattfindet, wird die **10. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin** als Abteilung für gerichtliche und soziale Medizin der Naturforscherversammlung erfolgen. Die diesjährige Tagung der Gesellschaft beginnt am Montag, den 21. September (Sitzungsraum: Technische Hochschule). Als Diskussionsthemata sind aufgestellt: „Die kriminelle Fruchtabtreibung" und „Schülerselbstmorde".

Für das erste Thema, welches in einer gemeinschaftlichen Sitzung mit der Abteilung für Gynaekologie zur Verhandlung kommen wird, sind Vorträge von Herrn Benthin-Königsberg, Jung-Göttingen, Straßmann-Berlin und Haberda-Wien angemeldet. In der Diskussion werden Herr Schickele-Straßburg, Herr Poten-Hannover und Herr Ungar-Bonn sprechen.

Zum zweiten Thema werden in einer gemeinsamen Sitzung mit der Abteilung für Psychiatrie Herr Eulenburg-Berlin und Herr Lazar-Wien Referate erstatten.

Einzelvorträge haben in Aussicht gestellt: Herr Kockel-Leipzig, Herr Ungar-Bonn, Herr Wilhelm Müller-Hamburg, Herr Popp-Frankfurt a. M., Herr Mönckemöller-Hildesheim, Herr Redepenning-Göttingen, Herr Puppe-Königsberg, Herr Lochte-Göttingen. Weitere Vorträge und Demonstrationen sind bis spätestens zum 15. Juni d. Js. bei dem Schriftführer Prof. Dr. Lochte-Göttingen anzumelden.

Die **ordentliche öffentliche Haupt-Versammlung** des **Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege** findet am Sonnabend, den 13. Juni 1914, vormittags 12 Uhr, in Coblenz im großen Saale des Zivilkasinos statt.

Tagesordnung: I. Geschäftliche Angelegenheiten (Geschäfts- und Kassenbericht) usw.

II. Vorträge. 1. Hygienische Beziehung zwischen Stadt und Land. Beigeordneter Prof. Dr. Krautwig-Cöln. 2. Organisation gesundheitlicher Fürsorgebestrebungen in den Landkreisen. Kreisarzt Dr. Lohmer-Cöln. 3. Die Durchführung der Säuglingsfürsorge im Reg.-Bez. Düsseldorf. Fräulein Dr. Maria Baum-Düsseldorf.

Gegen 4 Uhr gemeinsames Mittagessen im Zivilkasino (Gedeck 4 Mark einschließlich einer halben Flasche Wein).

Der **III. Internationale Kongreß für Gewerbekrankheiten** wird in Wien vom 21.—26. September d. J. und zwar in den Räumen des Parlamentsgebäudes, abgehalten werden. Die Tagesordnung ist wie folgt festgestellt:

I. Ermüdung. Physiologie und Pathologie, insbesondere im Hinblick auf die gewerbliche Arbeit, Wirkung der Berufsarbeit auf das Nervensystem. — Nachtarbeit. Generalreferat: Prof. Dr. Arnold Durig-Wien. J. M. Lahy-Paris: Objektive Ermüdungszeichen in jenen Berufen, die vor allem an die Aufmerksamkeit Ansprüche stellen und die Arbeit der Maschinenschreiber und Maschinensetzer. Dozent L. Preti-Mailand: Stoffwechselveränderungen bei der Ermüdung. Dozent M. Ciovini-Mailand: Blutveränderungen bei der Ermüdung und innere Sekretion und Ueberanstrengung. Dr. Marie Bernays-Heidelberg: Die Arbeitskurve weiblicher Industriearbeiter. Dr. Rich. Sorer-Wien: Einiges über die wirtschaftliche Bedeutung der Ermüdungsfrage. Prof. W. Weichardt-Erlangen: Moderne Ermüdungsforschung. Prof. L. Ferranini-Neapel: Ueber Ermüdungstoxine. Dr. L. Rutten-Lüttich: Nystagmus. Priv.-Doz. Dr. R. Barany-Wien: Zur Klinik des Bergarbeiternystagmus.

II. Arbeit in feuchter und heißer Luft. Generalreferat: Prof. Dr. L Carozzi-Mailand. Dr. T. M. Legge-London: Die Körpertemperatur der

Weber in künstlich feuchterhaltenen Werkstätten. Dr. Thisquen-Liège: Betrachtungen über die Wirkung feuchter und trockener Wärme in der Industrie. Dr. A. Glen Park-Bolton: Gesundheitsschädliche Einflüsse in der Baumwollindustrie. Dr. H. v. Schrötter-Wien: Ueber Hitzschlag und Wärmeregulierung auf Märschen. Priv.-Doz. Dr. R. Stigler-Wien: Die Wärmeregulierung von Weißen und Negern bei Arbeiten in überhitzten Räumen.

III. Milzbrand. Generalreferat: Prof. Dr. A. Schattenfroh-Wien: Gewerbeinspektor Dr. med. Fr. Holtzmann-Karlsruhe: Gewerblicher Milzbrand. J. Cavaillé-Castres: Die Verordnungen zur Verhütung des Milzbrandes in der Industrie und ihre Resultate. Dr. T. M. Legge-London: Die Behandlung mit Sclavos Milzbrandserum in England. Prof. Dr. J. Schnürer-Wien: Veterinärmedizin und gewerblicher Milzbrand.

IV. Pneumokoniosen. Generalreferat: Prof. L. Devoto-Mailand. Prof. J. G. Sleeswijk-Delft: Sterben die Steinhauer an Tuberkulose? Prof. L. Devoto-Mailand: Ueber „Miner's phtisis" italienischer Arbeiter, die in Goldminen Transvaals gearbeitet haben. Prof. M. Sternberg-Wien: Zur Lehre von den Pneumokoniosen.

V. Schädigungen durch Elektrizität in Gewerbebetrieben. Generalreferat: Prof. J. P. Langlois-Paris. Zacon-Paris: Gefahren des elektrischen Stromes in der Industrie. Dr. A. Marie-Paris: Wirkung der Elektrizität auf das Großhirn.

VI. Gewerbliche Gifte. a) Allgemeines. Einleitender Vortrag: Prof. K. B. Lehmann-Würzburg: Aufnahme und Abgabe von Fabrikgiften vom theoretischen und praktischen Standpunkte. Prof. J. Rambousek-Prag: Ueber die Ausatmung gewerblicher Gifte. Priv.-Doz. Dr. K. Ullmann-Wien: Zur Verteilung von Blei, Quecksilber und Arsen bei Intoxikationen im Tierkörper.

b) Blei. Generalreferat: Dr. T. M. Legge-London. Privatdozent Dr. L. Heijermanns-Amsterdam: Die Frühdiagnose der Bleivergiftung. W. M. Hamilton-Eggles: Die ersten Symptome der Bleivergiftung. Prof. L. Carozzi-Mailand: Die initialen Erscheinungen der Bleivergiftung. P. D. Siccardi-Mailand: Die Physiogenese der Bleikolik. Dozent D. Cesa Bianchi-Mailand: Ueber Veränderungen der Blutdrüsen in der chronischen Bleivergiftung und über organische Veränderungen durch die experimentelle Bleivergiftung. G. Bianchi-Mailand: Ueber das Vorkommen basophil granulierter Erythrozyten bei der Bleikolik. Dr. A. Arnstein-Wien: Zur Klinik der Bleivergiftung. Dr. S. Kreuzfuchs-Wien: Röntgenbefund des Darmtraktes bei chronischer Bleivergiftung. Priv.-Doz. Dr. K. Glaeßner-Wien: Ueber akute und subakute Bleivergiftung. Gewerbeinspektor Dr. med. R. Kranenburg-Haag: Die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung der Arbeiterschaft in Bleiweißfabriken. S. Schneck-Wien: Erfahrung über Bleiseide. Priv.-Doz. Dr. L. Teleky-Wien: Die Bleivergiftung in Wien 1902—1911.

c) Verschiedene Gifte. Prof. L. Ferrannini-Neapel: Ueber die Giftigkeit des roten Phosphors. C. Vallardi-Mailand: Der gegenwärtige Stand des chronischen Phosphorismus in Italien und die Veränderungen der Leber, der Nieren, des Blutes und des Stoffwechsels bei der experimentellen Phosphorvergiftung. Prof. C. Terni-Mailand: Schädigungen der oberen Luftwege durch Kunstdünger bei Landarbeitern. Dr. R. Martial-Douai: Das salpetersaure Quecksilber in der Hasenhaarschneiderei. Dr. F. Curschmann-Greppinwerke: Anilinfarbstoffe. Prof. J. P. Langlois-Paris: Wirkung des Zyanamidstaubes auf die Arbeiter.

VII. Schädigungen des Gehörs durch den gewerblichen Betrieb. Generalreferat: Dr. D. Gilbert-Brüssel. K. Wittmaack-Jena: Experimentelle Schallschädigungen und pathologisch-anatomische Veränderungen des Gehörorgans bei Schallschädigungen. Prof. C. Voss-Frankfurt a. M.: Klinische Beobachtungen. Dr. A. Peyser-Berlin: Vorbeugung, Schutz und Statistik gewerblicher Gehörschädigungen. Dr. Otto Glogau-Neuyork: Die industrielle Schädigung des Gehörs und der Atmung bei amerikanischen Arbeitern. Dr. A. Maurice-Paris: Ueber die Wirkung des Lärms auf das Ohr. F. Alt-Wien: Die Erkrankungen des Gehörorgans bei Caissonarbeitern, Tauchern und Luftschiffern. Prof. A. Alexander-Wien: Ueber professionelle Schwerhörigkeit und Lues.

VIII. Verschiedenes. a) Haut. Prof. G. Nobl-Wien: Ueber gewerbliche Schädigungen der Haut. Priv.-Doz. Dr. M. Oppenheim-Wien: Einige

noch nicht beschriebene Gewerbekrankheiten der Haut. Die gewerblichen Hautkrankheiten (Lichtbildervortrag). Dr. O. Sachs-Wien: Zur Pathologie einiger gewerblichen Hautkrankheiten. Priv.-Doz. Dr. K. Ullmann-Wien: Experimentelles zur Paraffin-Akne, -Dermatitis und -Karzinom.

b) Infektionen. Prof. G. Guerrini-Mailand: Ueber gewerbliche Infektion mit tierischen Parasiten. Prof. E. Perroncito-Turin: Ueber die Blutarmut der Bergleute, Ackerbauer und Arbeiter infolge von Ankylostoma und Anguillula. Prof. C. Terni-Mailand: Die Berufsinfektion in der Fischindustrie.

c) Entschädigung der Berufskrankheiten. J. B. Andrews-Neuyork: Entschädigung für Berufskrankheiten. E. Tollard-Paris: Entschädigung für Berufskrankheiten; die Eigenheiten des französischen Entwurfes.

d) Verschiedenes. Dr. med. E. Wintgens-Haag: Die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung von jugendlichen Personen in Buchdruckereien. Dr. R. Martial-Douai: Der Kampf gegen die Gewerbekrankheiten bei der Großindustrie in der Umgebung von Douai. Dr. W. Sternberg-Berlin: Berufshygiene und Berufskrankheiten des Lokomotivpersonales. Prof. L. Devoto-Mailand: Arbeit und Infantilismus. C. Bezzola: Unilaterale Nephritis als Folge der Arbeit bei beweglicher Niere. G. Allevi-Mailand: Hyperglobulie bei Eisenbahnarbeitern, die in langen Tunnels beschäftigt werden. F. L. Hoffmann-Newark: Die Sterblichkeit an Krebs in verschiedenen Berufen. Dr. Vandermierden-Brüssel: Die belgische ärztliche Studienkommission für Bergwerksarbeit. Priv.-Doz. Dr. R. Stigler-Wien: Die Druckdifferenzkrankheit. J. M. Lahy-Paris: Vorführung eines tragbaren Apparates zum experimentellen Studium des Gaswechsels. Dr. K. Menzel-Wien: Berufserkrankung der oberen Luftwege bei Stockdrechslern. Dr. N. Dohan: Berufliche Röntgenschädigungen. Dr. Wm. H. Tolman-Neuyork: Was das Amerikanische „Museum of Safety" zur Verhütung gewerblicher Erkrankungen und Vergiftungen tut. Landesgewerbearzt Dr. F. Koelsch-München: Die Gewerbehygiene in der Sammlung des königlich bayerischen Arbeitermuseums in München (mit zirka 200 Lichtbildern). Dr. J. Fischer-Wien: Zur Geschichte der Gewerbehygiene. A. M. Anderson-London: Principal Lady Inspector of Factories.

Alle Bekanntmachungen der Kongreßleitung, die Resümees zu sämtlichen Vorträgen, die Generalreferate, beziehungsweise ausführliche Auszüge aus diesen erscheinen in französischer und in deutscher Sprache. Verhandlungssprachen sind: französisch, englisch, italienisch und deutsch. Die Drucklegung der Vorträge findet in den Sprachen, in der die Einsendung des Manuskripts erfolgt, statt. Auf dem Kongreß wird nach jedem Redner eine kurze Inhaltsangabe seiner Ausführungen in französischer und deutscher Sprache gegeben werden. Zur Einführung in jeden Gegenstand der Tagesordnung wird ein Generalreferat erstattet, in dem ein Ueberblick über den Stand der Forschung über das betreffende Thema zur Zeit der Eröffnung des Kongresses gegeben wird. Das Generalreferat wird nicht über 30 Minuten dauern. Nach dem Generalreferat folgen die angemeldeten Vorträge, die nicht länger als 20 Minuten dauern sollen; in der Diskussion ist eine Redezeit von 10 Minuten gestattet. Die Manuskripte für die Generalreferenten, die die Vorträge angemeldet haben, sind bis spätestens 1. Mai 1914 in Maschinenschrift und einseitig beschrieben an den Generalsekretär einzusenden. Jedem Vortrage ist ein kurzes Resümee für die Tagespresse beizulegen. Mit dem Kongreß wird eine Ausstellung verbunden sein, in der in möglichst erschöpfender Weise die Entstehung und Verhütung der Gewerbekrankheiten sowie überhaupt der Einfluß der Berufsarbeit auf die Gesundheit zur Darstellung gelangen soll. Nach Schluß des Kongresses finden Exkursionen in bemerkenswerte oder interessante Gewerbebetriebe und industrielle Etablissements Wiens und Oesterreichs statt. Für die Fahrt der Kongreßteilnehmer nach und von Wien gewähren die österreichischen Staatseisenbahnen und die Südbahn Fahrpreisermäßigungen. Auch für die Exkursionen werden voraussichtlich Fahrbegünstigungen gewährt. Nähere Auskünfte erteilt der Generalsekretär Dozent Dr. Teleky-Wien IX, Türkenstraße 23. Telegrammadresse: Malprofcon, Wien.

Pest. In Aegypten sind vom 25. April bis 1. Mai 3 (2) Personen erkrankt (gestorben), in Britisch-Ostindien in den beiden Wochen vom 29. März bis 11. April: 15732 (13496), 14731 (12104), in Hongkong vom

5.—11. April: 139 (96), davon 70 Erkrankungen in Viktoria, in Brasilien und zwar in Bahia vom 8.—28. März: 1 (7), in Chile vom 11.—28. März: 5 (5).

Cholera. Seit dem 23. April bis 1. Mai sind in der Türkei unter den Truppen in Adrianopel 10, unter denjenigen in den Dardanellen 6 Cholera-Todesfälle vorgekommen.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 26. April bis 16. Mai 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rückfallfieber, Rotz, Fleckfieber, Tollwut: — (—); Aussatz: 1 (—), — (—), — (—); Pocken: 3 (1), 13 (2), 8 (—); Milzbrand: 3 (1), 5 (1), 7 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 5 (—), 7 (—), 2 (—); Unterleibstyphus: 166 (8), 134 (41), 161 (19); Ruhr: 9 (1), 14 (1), 28 (—); Diphtherie: 1452 (80), 1433 (85), 1424 (83); Scharlach: 1628 (83), 1570 (70), 1570 (64); Kindbettfieber: 93 (26), 105 (24), 95 (24); Genickstarre: 8 (5), 8 (2), 18 (6); spinaler Kinderlähmung: 1 (1), 2 (2), 3 (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 19 (1), 2 (—), 6 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 434, 398, 292; Tuberkulose (gestorben): 857, 854, 860.

Württembergischer Medizinalbeamtenverein.

Die dreizehnte Jahresversammlung

wird am **Sonntag, den 14. Juni 1914**, vormittags präzis 11 Uhr in **Stuttgart** in dem Vortragssaal des K. Medizinalkollegiums, Azenbergstr. 14, abgehalten werden.

Tages-Ordnung:

1. Geschäftliches.
2. Welche Erfahrungen haben die Oberamtsärzte bis jetzt mit der Durchführung des Oberamtsarztgesetzes gemacht? Berichterstatter: Med.-Rat Dr. Maisch-Oehringen und Oberamtsarzt Dr. Gnant-Ellwangen.
3. Aenderung der K. Verordnung, betr. die Gebühren für amtliche Verrichtungen und für Verrichtungen in amtlichem Auftrage vom 17. März 1899 unter Bezugnahme auf die Vereinsbeschlüsse unserer achten Jahresversammlung am 9. Mai 1909. Berichterstatter: Ob.-Med.-Rat Dr. Köstlin-Stuttgart.

Nach Schluß der Versammlung wird um ½3 Uhr nachmittags in dem Wirtschaftsgebäude der Ausstellung für Gesundheitspflege ein gemeinschaftliches Mittagessen stattfinden, an das sich dann eine Besichtigung der Ausstellung anschließen wird.

Es wird um recht zahlreiche Beteiligung und um vorherige Anmeldung zum Mittagessen bei der Wirtschaftsleitung gebeten.

Der Vereinsvorstand: Dr. Köstlin.

Thüringischer Medizinalbeamtenverein.

II. Hauptversammlung

Sonntag, den 14. Juni, mittags 12½ Uhr s. t. in **Gera** im Hotel „Frommates".

Tagesordnung:

1. Die praktische Durchführung des Thüringischen Landesseuchengesetzes und der Schulseuchenverordnungen. Eingeleitet von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Gumprecht.
2. Aussprache über die Stellungnahme der Medizinalbeamten zur Angestelltenversicherung.
3. Ein Fall von versuchter Impfentziehung. Geh. Med.-Rat Dr. Scheube.
4. Kassenbericht und Bestimmung des Jahresbeitrages für das nächste Jahr.
5. Festsetzung des Ortes für die nächstjährige Hauptversammlung.

Nach Schluß der Sitzung (etwa 4 Uhr) gemeinschaftliches Mittagessen (Preis des trockenen Gedeckes 3,50 M.). Mitteilung der Teilnahme daran wird bis 10. Juni an Bezirksarzt Dr. Neuhaus erbeten.

Um recht zahlreiche Beteiligung bittet

Der Vorstand. I. A.: Geh. Med.-Rat Dr. Scheube.

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 12. Ausgegeben am 20. Juni 1914.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch

J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 12.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen der Charakter als Sanitätsrat: dem Arzt Dr. O. Brumme in Breslau; — das Prädikat Professor: den Privatdozenten Dr. Zoeppritz in Göttingen und Dr. Walter Albrecht in Berlin, dem Direktor der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses Sudenburg Dr. Schreiber in Magdeburg, dem Oberstabsarzt Dr. Kuhn in Berlin, kommandiert zum Reichskolonialamt; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Geh. San.-Rat Dr. Jaffé und dem San.-Rat Dr. Günzburg in Frankfurt a. M., dem Hofzahnarzt Prof. Guttmann in Charlottenburg, dem Marineoberstabsarzt a. D. Dr. Methling, bisher in Kiel, dem San.-Rat Dr. Trompetter in Cleve, dem San.-Rat Dr. Krönig in Bad Essen (Reg.-Bez.

Osnabrück); — die Rote Kreuz-Medaille II. Klasse: dem San.-Rat Dr. Willenberg in Königsberg i. Pr.; — dieselbe Medaille III. Klasse: dem Zahnarzt Prof. Dr. Ritter in Berlin, dem Stabs- und Bat.-Arzt Dr. Fritz in Ludwigsburg und dem Privatdozenten Dr. Otten in München.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Kommandeurkreuzes II. Klasse des Großherzoglich Badischen Ordens Berthold des Ersten: dem Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich-Berlin, vortragender Rat im Ministerium des Innern; — des Großkomturkreuzes des Großherzogl. Mecklenburgischen Greifenordens: dem Obergeneralarzt z. D. Dr. Goebel in Berlin-Steglitz; — des silbernen Ritterkreuzes des Königl. Griechischen Erlöserordens: dem Stabs- und Bat.-Arzt Dr. Otto in Spandau.

Ernannt: Dr. Stölting in Posen zum Kreisassistenzarzt und Assistent am Medizinaluntersuchungsamt in Stade, Dr. Kauffmann in Willenberg zum Kreisassistenzarzt des Kreises Ortelsburg mit dem Wohnsitz in Willenberg, Prof. Dr. Krauß zum ordentlichen Mitgliede der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf; Oberstabsarzt z. D. Dr. Haberling in Cöln zum a. o. Mitgliede der dortigen Akademie für praktische Medizin und Dozent für Geschichte der Medizin; der wissenschaftliche Hilfsarbeiter beim Reichsgesundheitsamt Dr. Wedemann zum ständigen Mitarbeiter; Privatdozent und Oberassistent am pharmazeutischen Institut der Universität Berlin Dr. Anselmino zum Regierungsrat und Mitglied des Gesundheitsamtes.

Versetzt: Der Kreisarzt und bisherige ständige Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Potsdam Dr. Nowack in den Kreisarztbezirk Landkreis Gelsenkirchen mit dem Amtssitz in Wanne-Eickel; der Kreisarzt Dr. Trembur

aus Osnabrück in die Stelle des ständigen Hilfsarbeiters bei der Königlichen Regierung in Potsdam.

Gestorben: Kreisarzt Med.-Rat Dr. Müller in Berlin, Geh. Med.-Rat Dr. Gleitsmann, Kreisarzt a. D. in Wiesbaden, Geh. San.-Rat Dr. Wilhelm Blumenfeld in Berlin, San.-Rat Dr. Hille in Marburg, Dr. Fritz Allendorf in Hannover, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hermann in Königsberg i. Pr., San.-Rat Dr. Tischmann in Bad Lauterberg i. Harz, Dr. E. Peiser in Breslau, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rose und Geh. San.-Rat Dr. Eichhoff in Berlin, San.-Rat Dr. A. Loewenstein in Elberfeld, Dr. F. W. Risse in Bad Kösen, San.-Rat Dr. Proelß in Gramzow (Reg.-Bez. Potsdam), Geh. San.-Rat Dr. Büren in Hoffmannstal bei Cöln a. Rh., San.-Rat Dr. Elsässer und Kreisassistenzarzt Dr. Allendorff in Hannover, Geh. San.-Rat Dr. Canetta und San.-Rat Dr. Bloebaum in Cöln a. Rh.

---

27. Jahrg. **Zeitschrift** 1914.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 12.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Juni.

Zur Frage der Luftembolie bei Neugeborenen.

Von Kreisarzt Dr. **Boerschmann**-Bartenstein i. Ostpr.

Entgegnung auf Richters „Erfahrungen über Sektionsvorschriften".

In Nr. 21 des Jahrganges 1913 dieser Zeitschrift bespricht Herr Landgerichtsarzt Prof. Dr. Richter-München Erfahrungen über Sektionsvorschriften. Ich begrüße es dankbar, daß ich infolge seiner Bemerkungen über meine Veröffentlichung „Die kriminelle Bedeutung der Luftembolie bei Neugeborenen" noch einmal Gelegenheit habe, auf diesen Gegenstand zu sprechen zu kommen. Zu seinen Ausführungen nehme ich um so lieber Stellung, weil ich schon lange das Bedürfnis hatte im Anschluß an meinen damals gehaltenen Vortrag weiteres zu schreiben, indessen durch andere Arbeiten verhindert wurde.

Richter sagt:

„Auf welche Irrwege man durch Nichtbeachtung der oben angegebenen Vorsichtsmaßregel kommen kann, beweist sehr drastisch ein von Boerschmann mitgeteilter Fall. Bei einem neugeborenen Kinde fanden die Obduzenten in beiden Herzhälften je einen Teelöffel roten, flüssigen Blutes, das mit unzähligen kleinen Luftblasen durchweg durchsetzt war. Diese Luftblasen soll das Herz und den Brustkorb des Kindes durch die Vene einer 60 cm langen, noch dazu

Grossherzogtum Baden.

Gestorben: Dr. W. Mermann in Karlsruhe, Dr. Siegmund Müller in Efringen.

Grossherzogtum Hessen.

Gestorben: San.-Rat Dr. W. Hüffel in Darmstadt.

Grossherzogtum Sachsen-Weimar.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Geheimer Rat: dem Geh. Hofrat Prof. Dr. Gärtner in Jena; der Titel Medizinalrat: dem Bezirksarzt Dr. Michael in Ilmenau; der Titel Sanitätsrat: den Aerzten Dr. P. Händel in Münchenbernsdorf und Dr. G. Rindfleisch in Weimar.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Preußische Kronenorden II. Klasse: dem Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Nocht in Hamburg.

Gestorben: San.-Rat Prof. Dr. Schücking in Pyrmont (Waldeck), Kreisarzt Med.-Rat Dr. Müller in Gehren (Schwarzburg-Rudolstadt), Dr. M. J. Babbe in Hamburg, Dr. Weber in Weiler (Unterelsaß).

Erledigte Stellen.

Königreich Sachsen.

Bezirksassistenzarztstelle bei der Amtshauptmannschaft in Chemnitz. Monatliche Vergütung 250 M. Bewerbungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind bei der Kreishauptmannschaft in Chemnitz einzureichen.

27. Jahrg. **Zeitschrift** 1914.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 12.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Juni.

Zur Frage der Luftembolie bei Neugeborenen.

Von Kreisarzt Dr. **Boerschmann**-Bartenstein i. Ostpr.

Entgegnung auf Richters „Erfahrungen über Sektionsvorschriften".

In Nr. 21 des Jahrganges 1913 dieser Zeitschrift bespricht Herr Landgerichtsarzt Prof. Dr. Richter-München Erfahrungen über Sektionsvorschriften. Ich begrüße es dankbar, daß ich infolge seiner Bemerkungen über meine Veröffentlichung „Die kriminelle Bedeutung der Luftembolie bei Neugeborenen" noch einmal Gelegenheit habe, auf diesen Gegenstand zu sprechen zu kommen. Zu seinen Ausführungen nehme ich um so lieber Stellung, weil ich schon lange das Bedürfnis hatte im Anschluß an meinen damals gehaltenen Vortrag weiteres zu schreiben, indessen durch andere Arbeiten verhindert wurde.

Richter sagt:

„Auf welche Irrwege man durch Nichtbeachtung der oben angegebenen Vorsichtsmaßregel kommen kann, beweist sehr drastisch ein von Boerschmann mitgeteilter Fall. Bei einem neugeborenen Kinde fanden die Obduzenten in beiden Herzhälften je einen Teelöffel roten, flüssigen Blutes, das mit unzähligen kleinen Luftblasen durchweg durchsetzt war. Diese Luftblasen soll das Herz und den Brustkorb des Kindes durch die Vene einer 60 cm langen, noch dazu

nicht durchschnittenen, sondern abgerissenen Nabelschnur angesaugt haben, als beim Ersticken durch eine den Kopf bedeckende Schürze forzierte Atembewegungen auftraten. Wahrlich viel verlangt von den Brustorganen eines neugeborenen Kindes, wenn man bedenkt, daß von einer aktiven Saugwirkung des Herzens überhaupt nicht die Rede sein kann, daß die saugende Wirkung des Brustkorbes durch die Ausdehnung der Lungen, das Einströmen von Blut in Lungen und Herz und durch das Hinaufrücken des Zwerchfelles paralisiert wird, daß zudem bei der Erstickung der Blutdruck infolge der Reizung des Vasomotorenzentrums ganz beträchtlich steigt, so daß ein negativer Druck in den Herzhöhlen wohl in keiner Phase der Erstickung bestehen kann. Auch in diesem Falle sind irgendwelche Vorsichtsmaßregeln nicht angewandt worden; die Annahme eines bei der Obduktion erfolgten Eindringens von Luft in das Herz ist sonach gewiß das Nächstliegende. Die Deutung Boerschmanns wurde denn auch in der Diskussion allgemein abgelehnt.

Nach meinen Erfahrungen bei Sektionsübungen ist übrigens der Befund von schaumigem Blut in den Herzhöhlen von Neugeborenen nicht gerade selten; er hängt von Zufälligkeiten ab, nämlich von dem größeren oder geringeren Geschick und der Vorsicht des Obduzenten bei der Herausnahme des Brustbeins, von der stärkeren oder geringeren Hebung des Herzens hierbei und von dem auf die Herzhöhlen ausgeübten Druck, endlich auch von der Beschaffenheit des Blutes.“

Es sei mir nun gestattet, gleich von vornherein zu bemerken, daß ich auch heute noch und gerade nach dem Lesen der angeführten Worte Richters es vorziehe, auf diesen „Irrwegen“ weiter zu wandeln und meinen Standpunkt in dieser Frage nicht zu ändern. Dazu bestimmt mich eine ganze Reihe von Gründen:

Mein verehrter Kollege, Med.-Rat Dr. Rimek in Mohrungen, der die Obduktion der in Frage kommenden Leiche des neugeborenen Kindes ausgeführt hat, wird es ganz entschieden ablehnen, zu denjenigen gezählt zu werden, die bei Sektionsübungen geringes Geschick zeigen und bei Herausnahme des Brustbeins die nötige Vorsicht vermissen lassen; er dürfte bei einer Erfahrung von vielen hundert Sektionen, unter denen es weit über die Hälfte Kindsleichen gegeben hat, doch nicht zu den Anfängern zu rechnen sein. Auch hat er sich — das weiß ich bestimmt und ergibt sich auch aus dem gedruckten Verhandlungsbericht — gelegentlich meines auf der Naturforscherversammlung in Königsberg im Jahre 1910 gehaltenen Vortrags entschieden dagegen verwahrt, daß bei der Herausnahme des Brustbeins eine größere Vene angeschnitten wäre. Im Gegenteil! Es floß bei Herausnahme des Brustbeins überhaupt kein Blut; das deckt sich auch mit dem Befunde am Herzen sowie den größeren und mittleren Gefäßen, in denen überall reichlich dunkelrotes flüssiges Blut gefunden wurde, mit Ausnahme der Nabelgefäße, die leer waren. Dr. Richter befindet sich auch sonst in einem Irrtum, wenn er sagt: „Die Deutung Boerschmanns wurde demnach in der Diskussion allgemein abgelehnt.“ Das ist nicht richtig, denn ich erinnere mich deutlich — und ich habe es mir noch vor kurzer Zeit von zwei Herren, die der damaligen Verhandlung beiwohnten, bestätigen lassen —, daß einige Redner, wenn sie auch in der Minderzahl waren, die Möglichkeit meiner Auffassung über den Fall zugaben und empfahlen, auf derartige Erscheinungen bei den Sektionen Neu-

geborener besonders zu achten. Es entzieht sich meiner Kenntnis, ob diese Aeußerungen in den genannten Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin schriftlich niedergelegt sind.

Die meisten meiner damaligen Gegner brachten die Möglichkeit einer Verwechselung mit Fäulniserscheinungen vor; fehlerhafte Ausführung der Sektion wurde nur von wenigen angenommen. Das ist in kurzen Worten das Stimmungsbild bei meinem damaligen Vortrag gewesen. Es wurde aber auch noch betont, daß der Vortrag besonders mit Rücksicht auf die physikalischen Ausführungen und auf die Erklärungen in bezug auf das Problem des Eintritts von Luft in das Gefäßsystem noch eingehender zu studieren wäre, bevor man endgültig zu meinen Anschauungen Stellung nehmen könnte.

Mit besonderer Freude begrüße ich die Aeußerung Richters, daß nach seinen Erfahrungen der Befund von schäumigem Blut in den Herzhöhlen von Neugeborenen nicht gerade selten ist. Damit hätten wir ja solche Fälle, auf welche zu achten gelegentlich meines Vortrages angeregt wurde; aber wir hätten im gewissen Sinne auch eine Widerlegung der Ansichten, die in meinem Falle Fäulniserscheinungen annahmen, denn Richter meint augenscheinlich doch auch gar nicht, daß in seinen Fällen das schäumige Blut in den Herzhöhlen auf Fäulnisgase zurückzuführen ist. Indessen geht beim Lesen seiner Ausführungen — es ist sicher nicht beabsichtigt — vielleicht hervor, daß ich in zu leichtsinniger Weise mich festgelegt hätte auf eine Luftembolie beim Neugeborenen, ohne Rechnung zu tragen der Möglichkeit eines Fehlers in der Ausführung der Obduktion, auf die einzelne Autoren hinweisen und für die Dr. Richter eine Lanze bricht, um den auffälligen Befund von Luft in flüssigem Herzblut zu erklären. Wer meine Arbeit, die ich später betitelt habe „Die mechanische Erklärung des Eintritts von Luft ins Gefäßsystem", kennt, wird mir einen solchen Vorwurf nicht machen können. Meine Ausführungen sind insofern von besonderem Wert, als ich zum erstenmal die physikalischen Vorbedingungen für den Eintritt des Phänomens der Luftembolie klar bezeichnet und untersucht habe. Ich habe ferner auseinandergesetzt, daß der in Frage kommende Fall in physikalischer Beziehung diesen Grundbedingungen durchaus entspricht. Ich habe mich dabei auf Experimente gestützt, die ich vorher angestellt hatte und die zum Teil auch den Zuhörern vorgeführt wurden; ich habe ferner eine reiche Literatur verwertet, 215 Abhandlungen, größere Werke, Mitteilungen usw.; ich glaube, diese Zusammenstellung ist fast lückenlos und enthält ziemlich alles, was über Luftembolie überhaupt veröffentlicht und für meine Auffassung von Bedeutung ist.

In meiner Abhandlung steht folgendes:

„Ich komme jetzt zu der Frage, ob das Vorhandensein von Luft im Herzblut in unserem Falle auf einen Fehler bei der Ausführung der Sektion zurückzuführen ist. Im Handbuch für gerichtliche Medizin von Schmidt,

mann heißt es: Der Nachweis der Luftembolie ist insofern mit Schwierigkeiten verknüpft, als bei unvorsichtigem Oeffnen des Brustkorbes sehr leicht postmortal Luft in durchschnittene Venen und so ins Herz eintritt. Bei der Leichenöffnung muß man das Brustbein in vorsichtiger Weise und unter Schonung aller größeren Venen herauslösen, dann nach Eröffnung des Herzbeutels das Herz am paritalen Herzbeutel mit einer Massenligatur abbinden, herausnehmen und hierauf — am besten unter Wasser — aufschneiden.

Dieses hat hier nicht stattgefunden, weil wir von vornherein nicht Verdacht auf Luftembolie hatten, indessen das Brustbein, auf dessen vorsichtige Entfernung an zitierter Stelle der größte Wert gelegt wird, ist so herausgelöst worden, daß kaum ein Tropfen Blut floß. Wenn die Sektion nun weiter ergeben hat, daß die größeren und mittleren Körpergefäße strotzend mit Blut gefüllt waren, so ist ohne weiteres ersichtlich: größere Venenverletzungen, in deren Anschluß sich postmortaler Lufteintritt ins Herzblut ereignen konnte, sind nicht vorgekommen. Daß bei einer Leiche Luft innerhalb der kleinen Gefäße am Brustbein, wenn sie durchschnitten werden, ins Herz unter einem solchen Druck angezogen wird, daß sie in Bläschenform im Blut zu sehen ist, halte ich aus rein physikalischen Gründen für unmöglich — das müßte dann auch viel häufiger zur Beobachtung kommen, als es geschieht. Solch eine Art Ansaugen in der Leiche hat Henderson beschrieben, d. h. er führt das Vorhandensein von Luftbläschen im Herzblut eines 2 Monate alten Kindes mit ausgesprochenem Lungen- und Hautemphysem darauf zurück, daß das bedeutend vergrößerte Herz, durch das Lungenemphysem zusammengedrückt, sich ausdehnen konnte, als bei der Sektion das Brusbein entfernt war. Da aber hier eine größere Vene oberhalb des Herzens verletzt war, so wurde nach seiner Meinung bei der Erweiterung des Herzens Luft hineingezogen. Eigentümlicherweise war im Herzen sehr wenig Blut, trotz des Einsaugens, denn zunächst hätte das Herz doch immer erst das Blut der höher gelegenen Vene aufnehmen müssen und dann die Luft. Die ganzen Angaben von Henderson über seinen Fall sind ungenau, und es läßt sich ein richtiges Bild nicht gewinnen. Jedenfalls können die Luftblasen im Herzen auch anders erklärt werden, sie können bereits bei Lebzeiten in den Kreislauf gelangt sein.

Im allgemeinen wird man für den Eintritt von Luft in flüssiges Herzblut post mortem den Grundsatz aufstellen müssen, daß solches nur möglich ist, wenn die Luftblasen von unten nach oben, in der sich in absoluter Ruhe befindlichen Blutflüssigkeit emporsteigen. Die Stelle, an der die Luft ins Blut tritt, muß mithin notwendig unterhalb des Herzens sein, d. h. das Herz muß stets höher liegen: es kommt mithin auf die Lage der Leiche in bezug auf das Herz an, und diese kann leicht durch einen untergeschobenen Klotz verändert sein. In solchen Fällen fließt natürlich das Blut aus dem angeschnittenen Gefäß, da es tiefer liegt, zuerst aus, aber auch das Herz selbst entleert sich zum großen Teil. Die Luftblasen werden sich dann hauptsächlich an den Wänden und Klappen bilden, in der Flüssigkeit selbst nur vereinzelt und nur da sich vorfinden, wo sie in ihr nach oben steigen können, — ein ganz anderes Bild, wie in unserem Fall. Selbstverständlich steigen die Luftblasen, je dickflüssiger das Blut ist, um so langsamer in die Höhe, bei Gerinnung des Blutes ist das Phänomen imaginär."

In der deutschen, französischen, englischen Literatur, die ich durchgesehen habe, vor allem auch nicht in den Hand- und Lehrbüchern der Pathologie und der Sektionstechnik konnte ich Fälle aufgezeichnet finden, die einwandsfrei eine postmortale Vermischung von Blut mit Luft bewiesen. Es wird nur immer diese Erscheinung als selbstverständlich möglich angenommen; das ist aber der große Irrtum, in dem sich die betreffenden Autoren befinden. Ich habe darauf bereits in meinem Vortrag aufmerksam gemacht und möchte nunmehr noch ausdrücklich feststellen, daß ich es für ausgeschlossen halte, daß bei einer Leiche (ob Kindesleiche oder die eines Er-

wachsenen ist gleich) beim Anschneiden von Gefäßen überhaupt eine innige Mischung oder richtiger Vermengung, man könnte auch den Ausdruck Emulsion gebrauchen, von Blut und Luft in Erscheinung treten kann.

Bevor ich aber auf die Beweise für meine Behauptung eingehe, möchte ich den Fall Henderson[1]) noch einmal besprechen. Dieser Fall Henderson scheint offenbar die Veranlassung gegeben zu haben zu dem Glauben an eine postmortale Luftembolie; es ist der einzige Fall, der, wissenschaftlich behandelt und in der Literatur aufgezeichnet, überhaupt für die ganze Frage in Betracht kommt. Ich bringe an dieser Stelle in der Uebersetzung das Wesentlichste der Angaben Hendersons:

Krankheitsbild.

Zwei Monate altes Kind; saugt eifrig, oft mit Unterbrechung. Verdauungsorgane in Ordnung. Bleich, schlecht ernährt, Schrei schwach. Brust eingezogen, vor- und aufwärts sinkend. Die Rippen liegen horizontaler als natürlich, und die Zwischenräume sind breiter. Die Brust arbeitet angestrengt. Während des Einatmens (mit großer Anstrengung) bildet sich eine tiefe Höhle am Halse, gerade über dem Sternum. Ueber dem Schlüsselbein, in den unteren triangles des Halses, erscheinen Höhlen; beim Beginn des Einatmens, aber vor der Vollendung, werden sie durch sinkende Fülle ausgeglichen. Die Epigastric und die benachbarten Regionen des Unterleibs werden eingezogen anstatt ausgestoßen, wie bei normaler Kinderatmung. Das Kind hat keinen Husten; es wird kein abnormer Ton in der Brust gehört. Während des Ausatmens fallen die Wände der Brust nur wenig. Wenn das Kind nicht schläft oder saugt, rollt es mit heraushängender Zunge von einer Seite zur anderen. Das Zäpfchen ist sehr groß, liegt auf der Zunge. Henderson entfernt es nebst Ansatz an weichem Himmel. Die Besserung war vorübergehend gut, Atmung kräftiger. Nach wenigen Wochen derselbe Zustand wie früher, die Zunge vergrößert sich. Drei Wochen nach Operation zeigt sich Oedem im Gesicht. Das Oedem verstärkt sich; die untere Körperhälfte wird dünner, die Haut hängt in losen Falten. Ein Hindernis im oberen Blutlauf scheint Dypnoe hervorzurufen. Das Kind stirbt eines nicht plötzlichen Todes. Sektion 32 Stunden bei strengem Frost.

Sektionsbefund.

Es war nicht die geringste Spur von Fäulnis in irgendeinem Teil des Körpers vorhanden. Beide Lungen waren sehr aufgebläht und fielen nicht beim Oeffnen der Brust zusammen. Luftblasen[2]) waren unter der Lungendecke liegend zu sehen, besonders zahlreich an den Lungenspitzen. Keine Pleuraladhäsion und Tuberkeln. Als der Herzbeutel geöffnet wurde, fand man das Herz bedeutend vergrößert; es erschien erheblich ausgebreitet. Nachdem es aus dem Körper entfernt war, wurde zuerst die rechte Kammer geöffnet und voll Luftblasen gefunden. Die linke Kammer war ähnlich gefüllt. Die Luftblasen sanken zum größten Teil rapid in sich zusammen und blieben etwas zusammengeballt an den Bändern der Herzklappen und an den Musculis pectinatis. Beide Vorkammern und Kammern waren frei von Blutklumpen; wenn die Luftblasen zerfielen, blieb nur eine kleine Menge flüssigen Bluts. Ein Loch, groß genug, einen Holzbleistift durchzulassen, wurde im Septum der Kammern gefunden; einige dünne Bänder waren über die Oeffnung gespannt. Die Vergrößerung des Herzens war schuld an der Hypertrophie und der damit verbundenen Dehnbarkeit. Im Halse war außer den ausgedehnten Adern nichts besonderes zu bemerken. Es gab keine vergrößerten Drüsen. Der Himmel (Gaumenbogen) war sehr schmal und niedrig, die Zunge sehr vergrößert; die Teile oberhalb der Glottis und Trachea waren normal. Im Unterleib nichts Bemerkenswertes. Der in der Blase gefundene Urin enthielt kein Eiweiß.

---

[1]) Henderson F.: Case of air found in the chambres of the heart. Edinburg M. S. 186; S. 127—142.

[2]) Das soll wohl heißen mit Luft gefüllte Lungenbläschen.

Wie Henderson sich den ganzen Fall erklärt, habe ich bereits auseinandergesetzt. Er nimmt ein primäres Lungenemphysem an und als seine Ursache ein stark vergrößertes Zäpfchen, das offenbar ödematös geschwollen war; nach ihm war es ein Lungenemphysem durch Verengerung bezw. durch Verstopfung der Luftwege, wie er sich ausdrückt. Gegen diese Ansicht ist doch recht viel zu sagen; sie entspricht wohl kaum den Bedürfnissen, die Pathologen auf Grund der vorgefundenen Erscheinungen an die Klärung eines Falls zu stellen pflegen, und deckt sich doch auch nicht mit dem Krankheitsbild. Die Symptome waren durchaus nicht die eines richtigen Lungenemphysems, schon ganz und gar nicht in der ersten Zeit der Beobachtung. Wenn Henderson die Möglichkeit eines Vorhandenseins von Luft und Blut intra vitam in Berechnung gezogen hätte, dann erklären sich restlos alle Erscheinungen, wie sie das lebende und das tote Kind gezeigt hat. Die vielfach beschriebenen Symptome bei dem Krankheitsbild der Luftembolie sind die gleichen, wie sie bei dem Kinde zutage treten — und last not least das Herzblut des Kindes enthielt, wie die Obduktion ergab, zahlreiche Luftblasen. Wie mag nun die Luft in den Kreislauf des Kindes gelangt sein? Anhaltspunkte dafür hat die Sektion nicht ergeben, insofern als Krankheitsprozesse, die vielleicht im Sinne der Kategorie II der in meiner Arbeit zusammengestellten Fälle für die Entstehung von Luftembolie verantwortlich hätten gemacht werden können, nicht vorhanden waren.[1]) Es bleibt also nur die Annahme übrig, daß unmittelbar nach der Geburt des Kindes durch die Nabelvene Luft in den Blutkreislauf gelangte auf eine ähnliche Art, wie in dem von mir mitgeteilten Fall. Ich will aber damit nicht sagen, daß die äußeren Umstände durchaus dieselben gewesen sein müssen, wie in meinem Fall, der kriminelle Bedeutung hatte. Ueber den Hergang bei der Geburt fehlt aber jede Angabe. Ich möchte bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen, daß es auch für Kinderärzte doch oft von Interesse sein könnte, gerade in bezug auf besondere Vorgänge bei der Geburt der Kinder ihre Anamnese zu ergänzen; auch in bestgeleiteten Kinderkliniken wird dieses Moment kaum berücksichtigt.

Weshalb ist nun das Kind Henderson nicht gleich oder bald nach der Geburt gestorben und zwar gestorben an Luftembolie? Weshalb hat es noch 2 Monate oder länger gelebt? Die zahlreichen in der Literatur veröffentlichten Fälle und eine Reihe von Tier-Experimenten beweisen, daß der Tod in gewissem Grade von der Menge der in den Blutkreislauf gelangten Luft abhängig ist. Noch etwas anderes — und das ist das Interessanteste — wird durch diese Tatsache bewiesen:

---

[1]) Vergl. meine Abhandlung: „Die mechanische Erklärung des Eintritts von Luft ins Gefäßsystem. Verlag von Hirschwald-Berlin, S. 26.

nämlich, daß die Luftbläschen, ins Venenblut gelangt, im ganzen Gefäßsystem kreisen können, mithin auch im arteriellen Teil des Blutkreislaufes, d. h. also im linken Herzen zu finden sind. Auf Seite 12 meiner Abhandlung heißt es darüber:

„Couty, Passet, insbesondere Jürgensen, Wolff, Heller, Mayer und von Schrötter haben eine Reihe von interessanten Beobachtungen mitgeteilt bei Luftinjektion, teils in das arterielle, teils in das venöse Gefäßsystem, wonach es jetzt feststeht, daß die Luftbläschen sowohl die Körper- als die Lungenkapillaren passieren können. Ziegler sagt: Luft in geringer Menge oder sukzessive in den Blutstrom gelangend, kreist in Form von Luftblasen im ganzen Körper. Größere Mengen bleiben zeitweise in den Gefäßen beider Kreisläufe stecken und geben Veranlassung zum Verschluß derselben und Zirkulationsstörungen. Die Luftbläschen werden, wenn sie nicht zum Tode führen, nach einer gewissen Zeit resorbiert."

Alles dieses scheint Dr. Richter nicht bekannt zu sein, denn sonst wäre er[1]) nicht so streng mit Feldmann ins Gericht gegangen, der in der ärztlichen Sachverständigen-Zeitung 1910, S. 8, drei Fälle von plötzlichem Tod durch Luftembolie infolge von Abtreibungsversuchen beschrieben hat. Ich glaube, sowohl Feldmann, wie Richter dürften sich nunmehr über den Befund von Luft im arteriellen Kreislauf bei venöser Luftembolie vollkommen beruhigen.

Dr. Richter wundert sich darüber, daß ich behaupte, es hätte die Aufnahme von Luft in den Blutkreislauf stattgefunden „durch die Vene einer 60 cm langen, noch dazu nicht durchschnittenen, sondern abgerissenen Nabelschnur". Die Länge der Nabelschnur macht nichts aus; aus rein physikalischen Gründen, auf die ich hier nicht näher eingehe, ist Lufteinsaugen erst in 10 m Entfernung unmöglich — und solche langen Nabelschnüre gibt es beim Menschengeschlecht nicht. Für das Phänomen ist nur notwendig, daß vom freien Ende der Nabelschnur bis an die Mündungsstelle der Nabelvene durch den Ductus venosus Arantii in die Vena cava des Kindes ein freier Durchgang für Luft besteht, auch wenn er noch so klein im Durchschnitt ist. Mit anderen Worten: die Nabelschnur bezw. Nabelvene darf nicht vollständig kollabieren, so daß ihre Intima sozusagen verklebt. Ich bitte darüber die Ausführungen in meiner Arbeit zu lesen. Jedenfalls haben Postelmann und ich auch durch zahlreiche Experimente sofort nach der Geburt festgestellt, daß dieses durchaus nicht der Fall ist. Das liegt an dem besonderen anatomischen Bau, den physiologischen Aufgaben der Nabelvene; es ist auch gar nicht anders zu erwarten für einen, der einigermaßen vertraut ist mit der Entwicklungsgeschichte. Für eine ganz frische, man kann mit Recht sagen, lebende Nabelvene — ich bin davon überzeugt, daß man sogar in moderner Weise das Leben der einzelnen Zellen der Nabelvene noch eine Zeitlang nach der Geburt durch Wachstum in geeigneten Nährböden würde nachweisen können — für solch

[1]) Siehe Seite 806 des Jahrgangs 1913 dieser Zeitschrift.

ein lebendes Organ nimmt Richter vollständiges Kollabieren ohne Grund und ohne Beweis an, während eine unterhalb des Herzens angeschnittene Vene in einem toten Körper seiner Ansicht nach nicht kollabiert, sondern soweit Elastizität behält, daß in ihr wie in einen leeren Schlauch Luft emporgezogen werden kann. Hierzu kommt, daß in meinem Fall die Nabelschnur frei dalag, während in der Leiche doch die Gefäße den Druck anderer Körpergewebe auszuhalten haben.

Ich möchte noch weiter bemerken, daß gerade eine schiefe, unregelmäßige Durchtrennung der Nabelschnur besonders disponieren muß für den Eintritt von Luft ins Gefäßsystem. So sagt z. B. Treves:[1]) Seitliche Einrisse einer Vene haben besonders häufig Luftembolie zur Folge.

Dr. Richter spricht dann weiter in seiner Polemik meiner Abhandlung von aktiver Saugwirkung des Herzens, saugender Wirkung des Brustkorbes durch die Ausdehnung der Lungen, beträchtlicher Steigerung des Blutdrucks bei der Erstickung, wodurch kein negativer Druck in den Herzhöhlen bestehen kann — und sagt — alles das hätte ich von dem neugeborenen Kinde verlangt. Ich habe das in Wirklichkeit nicht verlangt — ich bin ganz zufrieden, wenn ich zunächst nur zugesichert bekomme, daß auch in dem neugeborenen Kinde das Blut fließt und daß die Vene cava an der Stelle der Einmündung des Ductus venosus Arantii nach dem Herzen zu sich verbreitert. Das sind die notwendigen physikalischen Vorbedingungen für den Eintritt von Luft ins Gefäßsystem des Neugeborenen durch die Nabelvene. Natürlich ereignet sich das Phänomen nur bei einer ganz bestimmten Geschwindigkeit des Blutstroms; auch sonst sind noch interessante physikalische Gesetze maßgebend, die aber von Körperkonstanten nur in ganz grober Weise abhängen und nicht mit komplizierten physikalischen Erscheinungen in Verbindung stehen wie die oben genannten. Schon Bayer[2]) vergleicht die Luftembolie mit der Bunsenschen Luftpumpe, bei der „Flüssigkeit aus einem engeren Rohr in ein weiteres mit großer Vehemenz fließt und dabei Luftmengen mit sich reißt.“ Wer eine von den am Schlusse meines veröffentlichten Vortrags angeführten Experimenten überhaupt einmal gesehen hat, wird ohne weiteres sagen: so und nicht anders erkläre ich mir den Eintritt von Luft ins Gefäßsystem. Ich bemerke noch, daß die Experimente in bezug auf die Volumen der Röhren und die Geschwindigkeit des durchfließenden Mediums, des Wassers, durchaus den Verhältnissen im menschlichen Körper nach dieser Richtung entsprachen.

---

[1]) Treves, F.: On the entrance of air into veins during Operations (The treatment of the accident, with two illustrative cases). Brit. M. J., London 1883.

[2]) Bayer: Zur Frage der Luftembolie. Dissert. Freiburg i. Br. 1906.

Auf alles dieses ist Dr. Richter nicht eingegangen. Er sagt einfach: Die von mir beschriebene und wissenschaftlich weiter untersuchte und behandelte Erscheinung ist und bleibt ein Sektionsfehler. Es mag mir gestattet sein, über seine zunächst aufgestellte Behauptung, daß der Befund von schäumigem Blut im Herzen von Zufälligkeiten abhängt (vom Geschick des Obduzenten) hinwegzugehen. Ich möchte es aber ganz energisch abweisen, daß hierbei die Lage des Herzens und der auf die Herzhöhlen ausgeübte Druck irgend welche Bedeutung haben. Daß natürlich das Blut flüssig sein muß — das ist klar. Ich kann mir beim besten Willen nicht vorstellen, was eine stärkere oder geringere Hebung des Herzens mit dem Eindringen von Luft in das flüssige Herzblut zu tun hat. Je höher das Herz gelagert ist, um so schwieriger ist dieser Lufteintritt schon aus Gründen, die einfach einzusehen sind. Und der auf die Herzhöhlen ausgeübte Druck: Damit ist doch gemeint, daß der Obduzent, während er unterhalb des Herzens eine — es muß doch eine größere Vene sein — anschneidet, mit der anderen Hand einen erheblichen Druck auf das mit Blut gefüllte Herz ausübt. Ich kann mir so etwas gar nicht vorstellen; denn die beiden Hände würden z. B. beim Anschneiden der Art. subclavia über Kreuz zu liegen kommen — eine sehr unbequeme Stellung. Aber selbst wenn man diese Unwahrscheinlichkeit annimmt, so muß der Druck, der dann die für einen Rechtshänder linke Hand auf die Herzhöhlen ausübt, doch so ergiebig sein, daß das Herz ganz von Blut entleert wird. — Nun nimmt Dr. Richter wohl an, daß die linke Hand losgelassen wird, und da strömt dann Blut mit unzähligen Luftblasen gemischt durch die angeschnittene Vene ins Herz zurück, es unter Umständen mit blutigem Schaum prall füllend. Ich glaube — das darf man wohl den toten Geweben des Herzens und der Venen nicht zumuten. Auch in bezug auf die physikalische Deutung muß ein derartiger Vorgang als Unding bezeichnet werden. Wenn ein Gefäß, das unterhalb des Herzens liegt, angeschnitten wird, so fließt einfach das Blut, wenn es flüssig ist, heraus; nichts weiter ereignet sich. Angenommen, die Vene klappt nicht zusammen, nachdem das Blut ausgeflossen ist, und die Herzwandungen haben noch genügende Elastizität, so ist nur möglich, daß beim Nachlassen des Druckes wieder Blut ins Herz gelangt, falls die angeschnittene Vene vollständig in das ausgeflossene Blut eintaucht. Liegt der Venenriß außerhalb der Blutlache, so kann höchstens Luft allein emporsteigen — das Gefäß ist dann gebläht, ein undenkbarer Zustand. Liegt die Venenöffnung z. T. in der Blutlache und im übrigen frei da, so mischen sich auch nicht Blut und Luft in inniger Weise zu einem schäumigen Gemenge, sondern das in der Vene emporsteigende Blut füllt das ganze Venenlumen aus. Uebrigens müßten bei einem Ereignis, wie es die Mischung

von Blut und Luft bis zum Schäumigwerden ist, stets Geräusche zu hören sein.

Schließlich will ich der Vollständigkeit wegen noch bemerken, daß unter Voraussetzung der Richtigkeit einer postmortalen Luftembolie und bei Bekanntsein der Bedingungen dazu diese Luftembolie doch einfach experimentell herzustellen wäre. Das ist aber nicht der Fall. Andere und ich haben es versucht. Wir haben die von Richter angeführten „Zufälligkeiten“ sehr stark potenziert, trotzdem erzielten wir niemals schäumiges Blut im Herzen. Bei Leichen von erwachsenen Personen, die an Kohlenoxydvergiftung, Erstickung usw. gestorben sind, wo die Verhältnisse noch günstiger für die Theorien Richters liegen, ist meines Wissens auch nie schäumiges Herzblut beobachtet worden — und hier sind doch wahrlich tausende von Obduktionen gemacht auch von Anfängern und ungeübten Obduzenten. Auffällig ist es aber doch entschieden, daß Richter das Phänomen lediglich in den Herzhöhlen neugeborener Kinder gefunden hat, deren Blut flüssig gewesen sein muß. — Und die Obduktionen dieser Kinderleichen geschahen in einem gerichtlich-medizinischen Institut.

Wir haben es also bei einer innigen Mischung von Blut mit Luft im Herzen unter Ausschluß der Annahme einer Fäulniserscheinung mit einem Vorgang zu tun, der sich intra vitam abgespielt hat; es ist dieser Befund in gewissem Sinne als vitale Reaktion anzusehen und zu verwerten. Damit erledigt sich auch das Märchen von der postmortalen Luftembolie; wir brauchen daher für sie keine besonderen Sektionsvorschriften.

Unzureichende Gesetzgebung.

Von Dr. **H. Räuber**, Reg.- u. Geh. Med.-Rat in Erfurt.

Mittel zur Verhütung der Empfängnis oder zur Abtreibung der Leibesfrucht gab es schon in früheren Zeiten. Gelegentlich der Konferenzen von Medizinalbeamten wurden Instrumente zur Abtreibung gezeigt, die sich die Schuldigen meist selbst hergestellt hatten und die erst durch die gerichtliche Untersuchung an das Licht der Oeffentlichkeit gelangt waren. Vor einigen Jahren konnte man aber bereits zur Abtreibung geeignete Instrumente finden, die von Fabrikanten hergestellt waren, wie Intrauterinspritzen, die aber noch ein verborgenes Dasein führten.

Bei der Revision einer Drogenhandlung in einer Hinterpommerschen Stadt fand ich vor einer Reihe von Jahren in einem verborgenen Fach solche mit spitzem Ansatz und Ballon versehene Intrauterinspritzen. Sie waren zweifellos geeignet, Abtreibung herbeizuführen; der mit anwesende Kreisarzt stimmte

mir auch vollkommen zu, als ich diese Spritzen durch Versiegelung aus dem Verkehr zog und die Polizei anwies, sie der Staatsanwaltschaft zu übergeben. Aber diese konnte damit nichts anfangen. Sie sowie das Polizeipräsidium in Berlin (der Fabrikant wohnte in Berlin) und der Herr Minister, an den sich der Drogist beschwerdeführend gewandt hatte, erkannten die Gefährlichkeit der Instrumente an; eine Bestrafung konnte aber nicht erfolgen, ja ich mußte mir noch sagen lassen, daß die Revision der Drogenhandlungen gemäß § 9 Abs. 2 des Ministerialerlasses vom 22. Dezember 1902 sich nur auf Arzneimittel, Drogen, Gifte und giftige Farben zu erstrecken hätte.

Wie anders heute, wo die Industrie sich in der Herstellung empfängnisverhütender Mittel überbietet, wo ganz ungeniert solche Dinge angepriesen und öffentlich in Schaufenstern ausgestellt werden, wo Hausiererinnen von Haus zu Haus, von Dorf zu Dorf gehen und Frauen über Sachen belehren, die sie bisher nicht kannten und auch zunächst nicht wissen wollten. Aufdringlich treten sie in den Häusern an unschuldige Dienstmädchen heran, wie das hier vor kurzem vorkam, und preisen ihnen schließlich Sachen an, „die jetzt jedes Mädchen haben müßte“. Und nicht genug das, in öffentlichen Versammlungen werden Sachen mit Lichtbildern erörtert, die sich bisher scheuten, das Licht zu erblicken und die die Schamröte in die Wangen mancher Zuhörer und Zuhörerinnen treiben. Broschüren gleichen Inhalts werden massenhaft verbreitet. Ja sogar nach unseren deutschen Kolonien werden derartige Kataloge mit allerlei verbotenen Mitteln ungeniert von den Versandhäusern versandt.

Das alles unter den Augen der Polizei, der Staatsanwaltschaft. Ist es denn zulässig, zu dulden, daß unser Volk systematisch zur Unsittlichkeit durch das Treiben gewissenloser Fabrikanten und Agenten erzogen wird und nicht nur das, sondern daß ihm die Wege und Mittel zum Verbrechen gewiesen werden?! Ist unsere Gesetzgebung so schwach und mangelhaft, daß gegen dieses Unwesen nicht wirksam eingeschritten werden kann?!

Die Rechtsprechung hat seit 1901 in bezug auf die Ankündigung unzüchtiger Schriften, Ankündigung von Mitteln zur Verhütung der Empfängnis, Ausstellung von Uterinspritzen, Ladys Friend usw. eingegriffen; wir haben zahlreiche Reichsgerichtsentscheidungen, die in dieser Hinsicht zur Verurteilung der Betreffenden auf Grund des § 184 Abs. 1 und 3 Str.-G.-B. oder § 56 Abs. 3 der Gewerbeordnung führten. Durch den Justizministerialerlaß vom 1. September 1913 sind die Oberstaatsanwälte hingewiesen, die Anpreisung und den Vertrieb empfängnisverhütender Mittel mit größtem Nachdruck zu bekämpfen, wobei auf die außerordentliche Gemeingefährlichkeit und die gewinnsüchtigen niedrigen Beweggründe der Angeklagten Rücksicht zu nehmen ist, und es ist erfreulich, wenn jetzt in Berlin, wie Schlegtendal in Nr. 4 dieser Zeitschrift berichtet, scharf und mit Erfolg vorgegangen wird.

Aber nicht überall ist dies der Fall. Erst vor kurzem wurde in einer Stadt des Regierungsbezirks Erfurt das Verfahren wegen Ausstellung solcher Spritzen eingestellt, weil den Betreffenden der dolus gefehlt hätte, und am 23. Oktober 1913 (Zeitschrift für Medizinalbeamte S. 266) hat das Reichsgericht in einem Falle entschieden, daß im persönlichen Anbieten (Hausierhandel) kein öffentliches Anpreisen zu erblicken sei. Neuere Entscheidungen sind in Nr. 9 1914 der Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte abgedruckt. M. E. ist die Rechtsprechung schwankend und recht unsicher. Bücher wie: „Die Frau als Hausärztin“ mit Beschreibung der Spülspritze werden nicht als unzüchtige Schriften erklärt und anderseits wird Hausierhandel in einem Urteil des R. G. vom 9. Februar 1914 als Ankündigung angesehen.

Das Oberverwaltungsgericht hat bereits am 2. April 1909 die Berechtigung der Polizei anerkannt, die Kubeschen Lichtbildervorträge über geschlechtliche Krankheiten wegen Gefährdung der öffentlichen Sittlichkeit auf Grund des § 10 Tit. 17, T. II A. L. R. zu verbieten, und der Ministerialerlaß vom 16. August 1909 (Zeitschrift für Medizinalbeamte 1910, S. 15) weist die Behörden an, derartige Vorträge von Lichtbilderdarstellungen von Kube oder anderer Personen aus Gründen der öffentlichen Ordnnng und Sittlichkeit zu verbieten. Aehnlich der Ministerialerlaß vom 22. Mai 1907 (Zeitschrift für Medizinalbeamte, S. 83).

Trotzdem werden noch immer derartige Vorträge gehalten und wie Jorns in Nr. 2 dieser Zeitschrift berichtet, mit Erfolg. Nun hat in der Nordhäuser Angelegenheit der Frau Wartenberg das Reichsgericht sogar vom 6. April 1914[1]) entschieden, daß Lichtbilder, die die geschlechtlichen Vorgänge und die menschlichen Geschlechtsorgane darstellen, dann nicht als unzüchtig angesehen werden können, wenn sie lediglich zur Erläuterung eines Vortrages dienen, der über geschlechtliche Vorgänge in ernster Weise aufklären will. Es hob das Urteil des Landgerichts Nordhausen auf und verwies die Sache zur nochmaligen Verhandlung und Entscheidung an die Vorinstanz zurück.

Das preußische Abgeordnetenhaus hat sich im Februar dieses Jahres mit den hier erörterten Fragen beschäftigt; besonders zu begrüßen ist, daß dem Reichstage ein Gesetzentwurf wegen Aenderung der §§ 56 und 56c der Gewerbeordnung vorliegt, der ein Verbot des Handelns mit empfängnisverhütenden Mitteln im Umherziehen vorsieht, sowie ein Gesetzentwurf betr. ein Verbot des Verkehrs mit Gegenständen überhaupt, die zur Beseitigung der Schwangerschaft und zur Verhütung der Empfängnis bestimmt sind. Der Gesetzentwurf lautet:

„§ 1. Der Bundesrat kann den Verkehr mit Gegenständen, die zur Beseitigung der Schwangerschaft bestimmt sind, beschränken oder untersagen. Das gleiche gilt bezüglich der zur Verhütung der Empfängnis bestimmten Gegenstände insoweit, als nicht die Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse des

[1]) Siehe Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 9 dieser Zeitschrift, S. 76.

gesundheitlichen Schutzes entgegensteht. Die vom Bundesrat getroffenen Anordnungen sind dem Reichstag, wenn er versammelt ist, sofort, andernfalls bei seinem nächsten Zusammentritt zur Kenntnis zu bringen. Soweit der Bundesrat den Verkehr mit einzelnen Gegenständen untersagt hat, ist deren Einfuhr verboten.

§ 2. Mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft wird bestraft, wer einer Verkehrsbeschränkung oder einem Verkehrsverbot oder dem Einfuhrverbot (§ 1) zuwiderhandelt. Ist der Verkehr oder die Einfuhr verboten, so kann neben der Strafe auf Einziehung der Gegenstände erkannt werden, sofern sie dem Täter oder einem Teilnehmer gehören. Ist die Verfolgung oder die Verurteilung einer bestimmten Person nicht ausführbar, so kann auch auf Entziehung selbständig erkannt werden.

§ 3. Mit Gefängnis bis zu 6 Monaten und mit Geldstrafe bis zu 1500 Mark oder mit einer dieser Strafen wird, wenn nicht nach anderen gesetzlichen Bestimmungen eine schwerere Strafe verwirkt ist, bestraft, wer Gegenstände, die zur Verhütung der Empfängnis oder zur Beseitigung der Schwangerschaft bestimmt oder geeignet sind, öffentlich ankündigt oder anpreist. Diese Bestimmung findet keine Anwendung, soweit die Ankündigung oder Anpreisung in wissenschaftlichen Fachkreisen auf dem Gebiete der Medizin oder Pharmazie erfolgt."

Die Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin hat sich zu diesem Gesetzentwurf geäußert und sich dahin ausgesprochen, daß die in § 1 genannten Mittel, „die zur Beseitigung der Schwangerschaft bestimmt sind", dem freien Verkehr entzogen werden müssen, daß sie aber ein direktes Verbot der Einführung, der Herstellung und des Verkaufes dieser Mittel widersprechen müsse, weil sie der Arzt einmal gebrauchen könne. Bezüglich der „zur Verhütung der Empfängnis bestimmten Gegenstände" verspricht sich die Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie keinen Erfolg von einer Untersagung oder Beschränkung des Verkehrs mit jenen Mitteln, wenigstens nicht im Sinne einer Geburtenzunahme. Sie beantragt dagegen die Wiedereinbringung des Gesetzes zur Bekämpfung der Mißstände im Heilgewerbe, mindestens in denjenigen Abschnitten, die eine Behandlung von Frauenleiden und Geschlechtskrankheiten durch Nichtärzte verbieten. Indessen hält die Gesellschaft den betreffenden Gesetzentwurf doch nicht für ganz wirkungslos. Dem § 3 stimmt sie zu, wünscht aber noch hinter „öffentlich ankündigt oder anpreist" die Worte „oder zur Schau stellt".

Ihr Gutachten geht dahin: „1. Der Verkauf von stielförmigen Pessaren und Mutterspritzen mit langem Ansatz ist auf Apotheken und auf ärztliches Rezept hin zu beschränken. 2. Die übrigen antikonzeptionellen Mittel unterliegen keiner Verkehrsbeschränkung. 3. Wiedereinbringung des Gesetzes zur Bekämpfung der Mißstände im Heilgewerbe. 4. Auch das „Zurschaustellen" antikonzeptioneller Mittel ist zu verbieten."

Wenn der betreffende Entwurf zum Gesetz wird, so wird damit jedenfalls viel Gutes erreicht werden können. Meines Erachtens sollte aber nicht nur der Verkehr mit solchen Gegenständen verboten werden, sondern auch die Herstellung von für Laien bestimmten Mitteln, die die Abtreibung herbeizuführen geeignet sind. Der Arzt hat Instrumente und Gegenstände genug, um, wenn es seine Pflicht und sein Gewissen erheischt, eine Früh-

geburt, eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft herbeizuführen, aber die Herstellung von Gegenständen, die in der Hand von Laien Verderben, Tod oder schwere Gesundheitsschädigungen herbeiführen können, und wie Beispiele beweisen, herbeigeführt haben, wie Intrauterinspritzen, Intrauterinpessare, Stiftpessare und dergl. sollten durch Gesetz verboten werden, ähnlich wie § 360 Ziff. 4, 6, § 369 Ziff. 1 und § 151 Str. G. B. Bestimmungen enthalten, die die Anfertigung von Gegenständen, die zu Verbrechen oder Vergehen bestimmt sind, untersagen. Ebenso wird ja bereits der Verkauf, das Tragen von Waffen und der Verkauf von Munition durch Polizeiverordnungen verboten oder von gewissen Bedingungen abhängig gemacht.

Natürlich wird man ärztliche Instrumente hiervon ausnehmen. Der Arzt hat zur intrauterinen Behandlung, wie erwähnt, Instrumente genug und darin darf er nicht beschränkt werden. Aber ich sehe nicht ein, warum Mutterspritzen mit langem dünnem Rohr und stielförmige Pessare, wie es die Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie will, dem Publikum zugänglich gemacht werden sollen, wenn auch nur auf ärztliches Rezept in Apotheken, da diese Gegenstände ja doch nicht in den Händen von Laien Verwendung finden sollen. Hält ein Arzt es für unumgänglich notwendig, Stiftpessare und dergl. einzulegen, so mag er es auf eigene Verantwortung tun und sich die Gegenstände selbst verschaffen. Jedenfalls glaube ich, daß wenigstens die genannten Intrauterinspritzen oder ähnliche Instrumente, wie sie bisher dem Publikum zugängig waren, deren Anwendung nicht nur Abtreibungen, sondern sogar den Tod der betreffenden Schwangeren zur Folge hatten, gänzlich überflüssig sind.

Ebenso würde es wohl zweckmäßig sein, wenn im Gesetz gleich zum Ausdruck gebracht würde, daß unter öffentlichen Ankündigungen und Anpreisen auch das Anbieten im Hausierhandel und in Schriften, sowie in öffentlichen Vorträgen zu verstehen ist.

Gegen die öffentlichen Vorträge muß mit allem Nachdruck vorgegangen werden; der Herr Minister hat ja auch neuerdings in einem Erlaß vom 6. Juni 1913 nochmals darauf hingewiesen. Das Verfahren, das Schlegtendal empfiehlt, ist sehr nachahmenswert. Wenn durch eine polizeiliche Verfügung derartige Vorträge nicht gänzlich verboten werden können, so sollten sie wenigstens vor einem gemischten Publikum verboten werden. Im übrigen scheint mir bei rein anatomischen Darstellungen der Erlaß vom 22. Mai 1907 (Zeitschrift für Medizinalbeamte S. 83) bezw. 21. Februar 1887 (Min.-Bl. f. inn. Verw. S. 65) in Verbindung mit § 55 Ziff. 4 G. O. anwendbar, der von Erteilung von Wandergewerbescheinen zu anatomisch-pathologischen Museen usw. handelt und die Zurschaustellung von Nachbildungen des menschlichen Zeugungs-, Entwicklungs- bezw. Geburtsprozesses verbietet.

Auf einen anderen Teil der Gesetzgebung möchte ich aber

noch hinweisen, der ebenfalls unzureichend ist, das sind die gesetzlichen Bestimmungen über den Arzneimittelverkehr.

Wer von den Medizinalbeamten hätte nicht jene zahlreichen Ankündigungen in allen möglichen Zeitungen gelesen über Heilmittel, die offenbar einen schwindelhaften Charakter haben und das Publikum irreführen und täuschen, Mittel, die unter fremdem Namen angepriesen wurden und denen über ihren wahren Wert hinausgehende Wirkungen beigelegt werden. Ich meine die zahlreichen Annoncen von Resia-Blättern, Onadal, dreifach konzentrierten Ansy, Bisurierte Magnesia, Livola de Composée, Boranium-Beeren, Salrado compound, Parinolwachs, Stomoxygen u. a. Sie werden in der versteckten Form eines Hausmittels als Zusatz zu harmlosen Arzneimitteln dem Publikum in so anlockender Weise angepriesen, daß sie einen großen Absatz finden. So liest man von Onadal eine Anzeige mit der Ueberschrift „Wie ich 7 Kilogramm Fett an meinen Hüften und meinem Unterleib in zwei Wochen zum Verschwinden brachte.“ Durch einfache Einreibungen dieses mit Eschenblätteraufguß gemischten Mittels sollte man das Fett schmelzen sehen. Nach den Untersuchungen ist Onadal im wesentlichen eine 3proz. Seifenlösung, der 1 % Jodkalium, etwas Alkohol und kleine Mengen ätherischer Oele zugesetzt sind. Preis: 90 g kosten 3,50 Mark. Boranium-Beeren sollen in zwei Monaten so entfettend wirken, daß jede genossene Beere 30 g Fett aus dem Körper ausscheidet. Dieses von der Dearborn-Gesellschaft m. b. H. in Berlin hergestellte Konfekt enthält in der Hauptsache Phenolphthalein (0,061—0,108 g in jeder Beere). Der Preis einer Schachtel mit 120 Pastillen (Beeren) beträgt 7,50.

Solche Beispiele ließen sich noch sehr weit fortsetzen. Alle diese Anzeigen tragen offenbar den Charakter einer marktschreierischen Reklame; den Mitteln werden über ihren wahren Wert hinausgehende Wirkungen beigelegt, durch ihre Art der Anpreisung wird das Publikum auch irregeführt.

Mit Bezug auf die Reichsgerichtsentscheidungen vom 20. Februar 1913 (Z. f. M. S. 173), 8. Juli 1913 (Z. f. M. S. 174), 9. Juli 1913 (Z. f. M. S. 195), und die Kammergerichtsentscheidung vom 26. Mai 1913 (Z. f. M. S. 175) stellte ich mit einem Apotheker auf Grund des § 263 Str. G. B. sowie des § 4 des Reichsgesetzes zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbes bei der Staatsanwaltschaft Strafantrag, doch wurde das eingeleitete Ermittelungsverfahren eingestellt, weil den Zeitungsverlegern der gute Glaube nicht zu widerlegen war, und die Einsender der Annoncen Pariser oder Londoner Firmen waren, deren Inhaber dort wohnen und daher hier strafrechtlich nicht belangt werden könnten. Obwohl die Zeitungsverleger versprochen hatten, derartige Anzeigen nicht mehr aufzunehmen, erschienen alsbald wiederum solche, so daß wir unsere Anzeige, wenigstens soweit sie eine in Berlin ansässige Firma betraf, erneuten. Der Ausgang des Verfahrens bleibt abzuwarten.

Es ist ganz richtig, nur rücksichtsloses Vorgehen der Staatsanwaltschaft auf Grund des Betrugsparagraphen könnte Abhilfe schaffen; es ist daher den beamteten Aerzten nur zu empfehlen, jede derartige Annonce aufzugreifen und sie der Staatsanwaltschaft zur Anzeige zu bringen. Aber wie Beispiele zeigen, lassen uns hier die Justizbehörden häufig im Stich. Ist denn unsere Gesetzgebung wirklich auch hier so schwach und unzulänglich, daß wir uns von ausländischen Firmen ausbeuten lassen müssen!!

Unsere Polizeiverordnungen über Ankündigung von Geheimmittel vom Jahre 1888 sind leider aufgehoben.

Die Apothekerkammer für die Provinz Westfalen hat einen Antrag auf Erlaß von wirksamen Verfügungen oder Gesetzen gestellt, die eine Ausbeutung der Bevölkerung durch marktschreierische Reklame verhindern sollen (Apotheker-Zeitung 1914, Nr. 11). Der Wiener Magistrat hat die Apotheker vor dem Verkauf von Boranium-Beeren gewarnt, weil sie zu den Zubereitungen gehören, für die eine Bereitungsvorschrift nicht vorliegt, bezw. für die der Substanz des Arzneimittels nicht mit Bestimmtheit in qualitativer und quantitativer Hinsicht erkenntlich ist. Der Verkauf solcher Zubereitungen (Geheimmittel) ist in Oesterreich nicht gestattet. — Man sieht die Oesterreicher sind uns voraus.

Auch von den Bayern können wir lernen. Der Magistrat in Fürth hat unter dem 24. März 1914 vor diesen Mitteln gewarnt. Dasselbe hat Darmstadt (Hessen) getan.

Am 15. Mai d. J. hat nun auch der Polizeipräsident in Berlin eine Warnung vor diesen Mitteln erlassen.

Aber solche Maßnahmen kommen viel zu spät. Die Firmen haben dann schon längst ihren Gewinn eingeheimst, während die Apotheker mit den von jenen Firmen bezogenen teueren Mitteln schließlich sitzen bleiben.

Wenn unsere Justizbehörden auf Grund der Gesetzgebung wirklich nicht eingreifen können, so sollten wirksame Gesetze geschaffen werden, so zum mindestens das Verbot oder die Beschränkung der Einfuhr und der Anpreisung von ausländischen Arzneimitteln wie es Norwegen hat. Das Gesetz, betr. die Einfuhr von Apothekerwaren sowie den Handel mit Giften und Geheimmitteln von Norwegen vom 16. Mai 1904 (Veröff. K.G.A., S. 868), hat in dieser Hinsicht scharfe Bestimmungen geschaffen; erst vor kurzem hat Norwegen auch auf Grund des § 9 dieses Gesetzes den Handel mit bestimmten Mitteln verboten und damit auch die öffentliche Ankündigung. Anderseits ließe sich durch hohe Einfuhrzölle auf ausländische Arzneimittel die Einfuhr erschweren und wenig lukrativ machen.

Dafür daß auch in unseren einheimischen Arzneimittelhandlungen eine umfangreiche Ausbeutung des Pubikums auf anderem Wege stattfinden kann, werde ich demnächst ein Beispiel bringen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

1. Typhus.

Weitere Versuche über die Abtötung von Typhusbazillen im Organismus des Kaninchens. Von Dr. E. Hailer und Dr. E. Ungermann-Berlin. Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt; 1914, 47. Bd., 2. H.

Die Verfasser behandelten typhus-infizierte Kaninchen systematisch mit verschiedenen Phenolen, aromatischen Oxysäuren und ätherischen Oelen per os und rektal. Sie glauben, in einigen Fällen (z. B. durch Xylenol) eine „innere Desinfektion“ erreicht zu haben. Dr. Hutt-Breslau.

Die Typhusschutzimpfung im Lybischen Heere. Von Ferrero di Cavallerleone. Giornale di Medicina Militare; 1914, Bd. 1, H. 31.

Die Typhusschutzimpfungen, die im italienischen Heere in Lybien vorgenommen sind, haben sehr gute Erfolge erzielt. Sie wurden teils mit dem Kolle-Pfeifferschen Serum, teils mit dem Vincentschen Impfstoff vorgenommen. Die Erfolge bei den mit den Vincentschen Serum vorgenommenen Impfungen waren, wie aus dem nachstehenden Ergebnis hervorgeht, noch günstiger als die mit dem Pfeifferschen:

	Krankheitsfälle auf 1000	Todesfälle auf 1000
Nichtgeimpfte	35,3	7,1
Geimpft mit Kolle-Pfeiffer	1,04	0
Geimpft mit Vincent	0,3	0

Dr. Dohrn-Hannover.

Uebertragung von Typhus durch Milch in München im August 1913. Von Prof. Dr. Rimpau. Münchener med. Wochenschrift; 1914, Nr. 7.

In Großstädten handelt es sich in der Regel um Einzelfälle. Die Aufdeckung der Milchepidemie war sehr lehrreich: Am 20. August 1913 kamen in München zwei Typhusfälle zur Beobachtung, am 23. abermals drei Meldungen. Systematische epidemiologische Untersuchung wies auf die Milch, die in allen Fällen aus der Käserei B. in M., Bezirksamt Aibling bezogen wurde. Nun ging man daran, auch die übrigen Milchkonsumente der Käserei durchzuforschen; dabei fanden sich recht verdächtige Erkrankungen. Die Untersuchung des Personales der Käserei ergab, daß der Käser B. Typhusbazillen ausschied; diese Ausscheidung war schon am 2. August gelegentlich eines anderen Typhusfalles gefunden worden. Die Käserei B. mußte daher als die Quelle betrachtet werden. Auch der Zusammenhang der Erkrankung im Hause B. war nachweisbar. Mittels der Milch war dann der Typhus nach München gewandert. Rimpau widerrät in genereller Weise das Trinken roher Milch und empfiehlt pasteurisierte Milch. Zur wirksamen Bekämpfung sei die Zentralisierung des Milchhandels notwendig.

Zu erwähnen ist noch, daß die Sanitätsmannschaften bei der Beschaffung der Stühle zur systematischen Untersuchung sich sehr geschickt und vorteilhaft erwiesen. Dr. Graßl-Kempten.

Beobachtungen über das epidemische Auftreten von Darmkatarrhen und Typhus abdominalis. Dr. S. K. Ruß. Zentralblatt für Bakteriologie; 1914, 1. Abt., Orig., Bd. 73, H. 3.

Der Verfasser beschreibt eine Epidemie, die sich im Frühling 1913 in der Festungskaserne von Brod a. d. Save zutrug. Für die Darmkatarrhe wurde ein Brunnen verantwortlich gemacht, in dessen unmittelbarer Nähe ein undichtes Kanalrohr vorbeiging. Das Wasser des Brunnens enthielt ein enteritisartiges Stäbchen, das durch die Krankensera agglutiniert wurde.

Von den sehr energisch durchgeführten hygienischen Maßregelm sei erwähnt, daß in jedem Mannschaftsabort eine Schale mit 3 % Karbolsäurelösung und ein Handtuch angebracht wurde, und daß sich vor Einnahme jeder Mahlzeit alle Leute gründlich die Hände waschen mußten.

Dr. Hutt-Breslau.

Abdominaltyphus in der Kanalzone (auf Grund einer Untersuchung von 195 Fällen). Von Walter G. Baetz und Lewis H. Bates, Ancon-Hospital. The journ. of the am. med. ass.; 1913, Bd. XI, S. 1893.

Die Arbeit interessiert mit Rücksicht auf den Vortrag von v. Wassermann „Weltprobleme und medizinische Forschung" (Med. Klinik; 1914, Nr. 7), in dem er über die Assanierungsarbeiten auf dem Isthmus berichtet; sie ist unter den Auspizien von W. C. Gorgas entstanden, über dessen Tätigkeit bei Besprechung der Moskitobekämpfung auf der amerikanischen Kanalzone diese Zeitschrift; (1913, S. 776) ein Referat bringt. In den Jahren 1909 bis 1913 kamen von erwachsenen Jugendlichen, die beim Bau des Kanals tätig waren, 195 Fälle im Ancon-Hospital zur Beobachtung; 174 waren westindische Neger, 9 Kolombianer, 6 weiße Amerikaner, 3 Spanier, je 1 aus Ekuador, aus Deutschland und aus Italien.

Nur eine positive Blutkultur ist für die Diagnose beweisend; je früher das Blut gezüchtet wird, um so eher ist die Aussicht, eine positive Diagnose zu stellen. Widal war in 89 % der Fälle in der 2. und 3. Woche positiv; aber auch in 22 % vorgeschrittener Tuberkulose und in 15 % anderer Krankheiten, die nicht auf Tuberkulose beruhten. Die Probe muß daher oft wiederholt werden. Leuozytenzählung ist von großer Bedeutung. Der Umschlag von Leukopenie zu Leukozytose oder umgekehrt während des Verlaufes weist auf eine Komplikation hin. Milzvergrößerung ist in den Tropen wegen der gleichzeitigen oder vorausgegangenen Malariainfektion ohne Bedeutung.

Der Kranke wird nicht vorher aus der Isolierung entlassen, ehe nicht zwei aufeinanderfolgende Stuhl- und Harnproben sich als negativ erwiesen haben. Für die Behandlung ist bemerkenswert, daß bei Verstopfung Klystiere mit Seifenwasser angewandt werden, dem Terpentinspiritus zugesetzt ist, und daß in der Rekonvaleszenz statt dessen Rizinusöl in 15 Gramm-Dosen gereicht wird. Dr. Mayer-Simmern.

Ueber zwei in den Jahren 1912 und 1913 in dem Mutterhaus und der Irrenanstalt der Franziskanerinnen zu Waldbreitbach im Kreise Neuwied aufgetretenen Typhus- und Paratyphusepidemien. Von Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Grisar-Coblenz. Sonderabdruck aus den Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung; 1914, 3. Band, 9. Heft. Berlin, Verlag von R. Schoetz.

Für die Aetiologie der eingehend geschilderten Epidemien kamen in Betracht 1. Kontaktinfektion, 2. Uebertragung durch Nahrungsmittel und zwar durch Milch und durch Trinkwasser. Mutterhaus und Irrenanstalt erhielten ihre Milch bis 1913 meist durch Lieferanten der nahegelegenen Dörfer, ihr Wasser aus Quellen in einer unterhalb der Anstalten gelegenen Talmulde. Die Wasserversorgung stammte aus dem Jahre 1891. Im Gebiete des Devonschiefers kann Wasser aus den Spalten zur Oberfläche treten, nur wo Verwerfungen des Gesteins vorhanden sind. Hier aber waren Verunreinigungen oberirdischer Art nicht mit Sicherheit fernzuhalten. Es wäre daher besser gewesen, das Wasser aus dem Alluvialkies des Wildbachtales zu entnehmen. Da die Anlage planlos von Kleinhandwerkern angelegt worden war, da der Graben, der zur Ableitung des von den Aeckern in der Umgebung der Anstalten bei Platzregen und Schneeschmelze abfließenden Oberflächenwassers mit Laub gefüllt angetroffen wurde, so war eine Verseuchung der Quellgebiete verständlich. Die Ende 1913 vorgenommene chemische und bakteriologische Untersuchung des Wassers des Sammelbehälters und der einzelnen Quellen ergab ungünstige Befunde, nur eine nördlich gelegene Quelle war einwandfrei. Aus ihr konnte übrigens nach Ausschaltung der verseuchten Quellen der Wasserbedarf mit Leichtigkeit gedeckt werden. Die Erdschüttung auf dem Hochbehälter war von der Küchenschwester als kleiner gedüngter Küchengarten benutzt worden; sie wurde entfernt. Der Anstaltsleitung wurde aufgegeben, die Decke des Hochbehälters und seine Umgebung von Bewirtschaftung, Düngung oder Verunreinigung freizuhalten. Auch die Art der Beseitigung der Abwässer wirkte verhängnisvoll: Revisionsschächte fehlten vollständig; das Tonrohr, das die Abflüsse aus der Irrenanstalt abführt, war Ende November 1912 dicht oberhalb des Quellbereichs

geplatzt; die Abwässer ergossen sich tagelang über die Mulde, in der die Quellen lagen, das Wasser der Wasserleitung schmeckte einige Tage nach „Karbol". Durch einen böswilligen Racheakt war der Rohrbruch hervorgerufen worden; ein frisch gerupftes Huhn verstopfte, wie sich bei den Reparaturarbeiten herausstellte, die Leitung. Einstweilen wurde dafür gesorgt, daß nach Reparatur des Rohrbruchs ein Ueber- und Austreten der Jauche unmöglich war und freier Abfluß nach der 1912 angelegten Schwederschen Kläranlage gesichert wurde.

Im Anstaltsbereich waren an Typhus in den Jahren 1909, 1910, 1911 nur 9, 1 und 1 Fälle vorgekommen, dagegen betrug die Zahl der Erkrankungen an Typhus und Paratyphus 1912: 30, 1913: 62. Pflege- und Wartepersonal waren besonders stark betroffen. Der Autor gibt eine genaue Darlegung der zur Ermittlung der Ursache der Epidemie getanenen Schritte und der zu ihrer Bekämpfung getroffenen Maßnahmen, die nach Kenntnis der örtlichen Verhältnisse und der Sitten, Gebräuche und Gewohnheiten der Klosterbewohner von dem Verfasser im Einvernehmen mit dem Kreisarzt angeordnet und von den Verwaltungsbehörden der Anstaltsleitung als bindend aufgegeben wurden. Die bakteriologischen Untersuchungen wurden durch das Medizinal-Untersuchungsamt in Coblenz ausgeführt. Untersucht wurden 574 Personen. Bei all denen Personen, deren Blutserum positiv agglutinierte, wurden systematische Stuhl- und Urinuntersuchungen angeschlossen. Eine Paratyphusbazillendauerausscheiderin, die an Gallensteinbeschwerden litt, entschloß sich zur Extirpation der Gallenblase. Der von Kreisarzt Dr. Hilgermann-Koblenz an der Gallenblase aufgenommene Befund ergab Reinkultur von Paratyphusbazillen in dem Schleim und im Innern eines zertrümmerten Gallensteins. Trotz der Operation wurden weiterhin Bazillen ausgeschieden.

Jeder Verkehr zwischen den Anstalten und mit der Außenwelt wurde verboten. Die Schwestern unterzogen sich bereitwilligst all den getroffenen Maßnahmen, so einschneidend diese auch für den Anstaltsbetrieb waren.

Dr. Mayer-Simmern.

Typhus und Krankenpflegepersonal. Vortrag, gehalten vor der Aerztekammer der Provinz Hessen-Nassau am 10. November 1913 von Prof. Dr. Max Neisser, Direktor des Städtischen Hygienischen Instituts zu Frankfurt a. M. Berlin 1913. Verlag von Jul. Springer. Preis: geh. M. 0,80.

Die Abhandlung enthält im Anschluß an die Beobachtung einer Reihe von Typhusinfektionen durch eine weibliche Krankenpflegerin eingehende Ausführungen über die Gefahren, die der Allgemeinheit durch die rechnerisch wahrscheinlich gemachte Tatsache drohen, daß eine große Zahl der etwa 25000 in Deutschland staatlich anerkannten weiblichen Pflegepersonen Typhusbazillenträger sind. Es wird dargelegt, daß die derzeitig geltenden gesetzlichen Bestimmungen bei der sanitätspolizeilichen Behandlung der Bazillenträger völlig unzureichend sind, um der drohenden Gefahr, die von Bazillenträgern, insbesondere auch von bazillentragenden Pflegepersonal ausgeht, wirksam zu begegnen. Es wird deshalb dringend eine ausreichende reichsgesetzliche Regelung der Bekämpfung des Typhus und der Bazillenträgerfragen, besonders auch im Hinblick auf das Krankenpflegepersonal gefordert.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

---

2. Paratyphus, Fisch- und Fleischvergiftung.

Ueber Paratyphus bei Kindern in München. Von Dr. Breuning. Münchener med. Wochenschrift; 1914, S. 1050.

Man unterscheidet zwei Formen von Paratyphus, die typhöse und die gastroenteritische; eventuell noch die choleraähnliche. Nach Rimpau gehörten unter 528 Fällen meist erwachsener Personen zur typhösen Form 33%, zur schweren gastroenteritischen Form 10%, zur leichten 57%. Nach Schottmüller starben an der typhösen Form ca. 1%, an der gastroenteritischen 7%. Die paratyphöse Enteritis kommt bei Säuglingen in München nicht allzuselten vor. Es wurde nur die gastroenteritische Form beobachtet, die im allgemeinen nach Art einer leichten Dyspepsie in ca. 10—12 Tagen unter anfangs hohen, dann bald normalen Temperaturen verläuft. Charakteristisch sind der frequente,

weiche Puls, zahlreiche Stühle mit Schleimbeimengungen und auffallend fäkulentem Geruch. Schwächlichen Kindern kann schwere Infektion durch Allgemeininfektion und lokale Eiterung gefährlich werden. Pathologisch-anatomisch findet man nahezu die gleichen Verhältnisse wie bei Erwachsenen. Die Aetiologie ist nicht genügend geklärt; möglicherweise spielt Milchinfektion dabei eine Rolle. Dr. Graßl-Kempten.

Fisch- und Fleischvergiftung durch Bakterien der Paratyphus-Enteritisgruppe. Von Prof. Dr. Reiner Müller-Kiel/Cöln. Münchener med. Wochenschrift; 1914, S. 471.

Am 2. September 1913 erkrankten in Ringsberg im Kreise Flensburg ein Gastwirt, dessen Frau, 3 Dienstmädchen und 1 Reisender mit Erbrechen, Durchfällen und Fieber. Die Krankheit dauerte bis 11. September. Alle Erkrankten hatten von einem Aale gegessen, der am 31. August in frischlebendem Zustande vom Fischer gekauft und an einer Außenförde, fern von jeder Entwässerungsanlage gefangen war. Er wurde im frischen Wasser bis zum nächsten Tag gehalten und dann noch lebend geschlachtet und zugerichtet. Es wurden zwei Arten von Proben zur Untersuchung eingeschickt: in Sauer eingemacht und gebraten. Die in Sauer eingemachten fünf Aalstücke ergaben infolge der bei der Herstellung üblichen Erhitzung kein Bakterienwachstum, dagegen wurden in den Bratenstücken Bazillen der Paratyphus-Enteritisgruppe gefunden, die in den innersten Teilen des Fischfleisches am zahlreisten waren, während sie an der Kruste fehlten. Es wird daher angenommen, daß die Brathitze nicht genügend in die Fischteile eingedrungen war. Bazillen der Paratyphus-Enteritisgruppe werden durch 10 Minuten langes Erhitzen auf 70° zwar meistens, aber nicht immer abgetötet; 5 Minuten langes Erhitzen auf 75° tötet sie dagegen regelmäßig. Verfasser erinnert daran, daß die Aale Aasfresser sind. (Auch bei einigen Erkrankungen, die vom Referenten beobachtet und durch die bakteriologische Untersuchungsanstalt München als B-Paratyphusfälle erklärt wurden, ergaben die Ermittelungen ein ähnliches Resultat: Die Erkrankten hatten Leberknödeln gegessen, deren Leber von einem notgeschlachteten Kalbe stammte, während diejenigen Personen, die von derselben, aber sauer eingemachten Leber gegessen hatten, nicht erkrankt waren. Referent hatte damals gleich der Vermutung Ausdruck gegeben, daß bei der Bereitung der Leberknödeln die Bazillen nicht abgetötet seien.) Dr. Graßl-Kempten.

Eine durch infiziertes Paniermehl übertragene Paratyphusepidemie. Von Dr. Hans Langer, Leiter des Untersuchungsamtes, und Med.-Rat Dr. Thomann, Bezirksarzt in Baden. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1914, Nr. 10.

In einem Dorfe des mittleren Schwarzwaldes waren 11 Personen nach Genuß von am gleichen Morgen frisch bereiteten, sogenannten Fleischküchele, einem aus paniertem Hackfleisch durch Braten bereitetem Gericht, an akutem fieberhaften Brechdurchfall erkrankt. Zwei Personen kamen ad exitum. Als Ursache der Erkrankung wurden Paratyphusbazillen festgestellt. Bei den sehr eingehend angestellten Ermittelungen nach der Quelle der Infektion konnte in einer Probe Paniermehl, die von einem bestimmten Händler bezogen war, die Anwesenheit von Paratyphusbazillen festgestellt werden, während Paniermehlproben anderer Händler aus derselben Fabrik frei von Paratyphusbazillen waren. Bei den weiteren Nachforschungen nach der Ursache der Infektion des betreffenden Paniermehles ergab sich die sehr bemerkenswerte Tatsache, daß in dem Hause Mäusetyphuskulturen zur Vernichtung von Mäusen gelegt waren und dadurch mit großer Wahrscheinlichkeit die Infektion des Mehles zustande gekommen war. Dr. R. Mohrmann-Stade.

3. Ruhr.

Ueber eine durch den sogenannten Y-Bazillus hervorgerufene Ruhrepidemie. Von Stabsarzt Dr. Bofinger. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1914, Heft 4.

Bofinger berichtet über eine Ruhrepidemie bei einem württembergischen Kavallerieregiment, die, da die Ruhr in Württemberg nicht endemisch vor-

kommt, wahrscheinlich durch Mannschaften aus dem Elsaß eingeschleppt worden war. Ihr Verlauf war leicht. An die Verbreitung war das Küchen- und Kantinenpersonal beteiligt, unter dem eine verhältnismäßig große Zahl von Bazillenträgern gefunden wurde. Die Dauer der Bazillenausscheidung schwankte zwischen 2 und 72 Tagen. Es gelang, ohne rigorose Absperrungsmaßregeln und ohne besonders großen Aufwand von Desinfektionsmitteln die Epidemie in der Zeit von 42 Tagen zum Erlöschen zu bringen und Uebertragungen nach außen hin zu verhindern. Dr. Bernstein-Mühlhausen i. Thür.

Ueber eine Ruhrepidemie bei kleinen Kindern. Von Dr. Keuper. Münchener med. Wochenschrift; 1914, Nr. 21, S. 477.

Bei einer Ruhrepidemie, die 20 Säuglinge und kleine Kinder betraf, gelang es in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, Pseudodysenteriebazillen (Kruse) zu isolieren. Die Inkubationszeit dauerte nicht länger als 5—6 Tage. Zweimaliger negativer Ausfall der Stuhluntersuchung nach Ablauf der klinischen Erscheinungen genügt nicht, um eine Infektiosität auszuschließen. Nur strenge und langandauernde Isolierung kann, wie an zwei weiteren sporadischen, bakteriologisch gesicherten Fällen beobachtet werden konnte, eine Weiterverbreitung verhindern, da die Bazillenausscheidung die eigentliche Darmerkrankung um Monate überdauern kann. Selbst bei schwerem klinischen Verlauf der Dysenterie kann der anatomische Befund negativ sein oder den einer Enteritis follicularis entsprechen. Dr. Graßl-Kempten.

Emetin bei Amöbendysenterie.. Von Dr. H. Werner-Hamburg. Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene; 1914, Bd. 18, Heft 6.

W. faßt seine Erfahrrungen über die Wirkung des Emetins in folgenden Sätzen zusammen:

1. Das Emetin hat einen ausgesprochen spezifischen Einfluß auf die klinischen Veränderungen der Amöbendysenterie und auf die Amöben selbst.

2. Eine völlige Heilung kann mit Emetindosen bis zu 0.1 subkutan täglich nicht immer erzielt werden. Wir sahen die Amöben (Zyten) nach anfänglichem Verschwinden wieder auftreten bei 5 von unseren Fällen = 50 %. Bei drei von diesen 5 Fällen wurden auch klinische Rezidive beobachtet.

Dr. Dohrn-Hannover.

Ursprung und derzeitiger Stand der Emetinbehandlung der Amöbenruhr. Von Edward B. Vedder, Captain med. Corps, U. S. Army, Washington. The journal of the am. med. ass; 1914, LXII, Nr. 7.

Da in früherer Zeit der Unterschied zwischen bakterieller und Amöbenruhr nicht bekannt war, erklären sich die Mißerfolge des schon 1817 von Magendie und Pelletier empfohlenen und 1829 bei Ruhr und chronischer Diarrhöe angewandten Emetins. Vedders Versuche zeigten 1910, daß Emetin auf Amöben schon in einer Verdünnung von 1:10000 zelltötende Wirkung hat, und daß die amöbacide Wirkung der Ipecacuanha vom Emetingehalt abhängt. Weitere Versuche von Lyons, Wherry, Rogers folgten. Emetin ist tatsächlich bei Amöbendysenterie ein vorzügliches Heilmittel; und zwar wirkt es schon in Dosen von 2—3 gran (à 0,06) innerhalb weniger Tage. Von 110 Kranken, über die von 22 Beobachtern berichtet wird, genasen 99, während nur 11 starben. Bei Hepatitis war selbst nach Bildung von Eiter und ohne chirurgischen Eingriff der Erfolg günstig. Obwohl Dauerheilungen der Amöbenruhr bekannt sind, empfiehlt der Autor in den Fällen, in denen Emetin bei Ruhramöbendauerausscheidern versagt, Irrigationen von Chinin oder Silbernitrat anzuwenden. (Vorzüglich ist das der Arbeit beigegebene Literaturverzeichnis).

Dr. Mayer-Simmern.

---

4. Masern.

Zur Frage der experimentellen Masern. Von Dr. A. Jurgelunas-Moskau. Zentralblatt für Bakteriologie; 1914, 1. Abt, Orig., Bd. 72, H. 6/7.

Einige Versuche sprechen dafür, daß die Masern künstlich auf Affen übertragen werden können. Der Verfasser experimentierte mit 10 Affen, ohne

zu einem Ergebnis zu gelangen. 1 Pavian starb jedoch 12 Tage nach der intravenösen Einverleibung von Masernkranken-Blut unter den Erscheinungen eines uncharakteristischen Ausschlags, ohne voraufgehendes Fieber, aber unter Rötung der Rachenorgane. Eine Todesursache konnte sonst nicht gefunden werden, auch war das Blut steril. Dr. Hutt-Breslau.

Kurzer Beitrag zur Aetiologie der Masern als Schulkrankheit. Von Dr. Stephani-Mannheim. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1914, Nr. 3.

Die häufigen Masernerkrankungen in Mannheim während des Schuljahres 1911/12 wurden durch Erhebungen seitens der Schulschwestern aufs genaueste ermittelt und daraus festgestellt, daß aus 44 in die Schule eingeschleppten Fällen zunächst 412 Fälle in der Schule selbst entstanden, die dann wieder 484 neue Erkrankungen in den Familien und bei Hausgenossen hervorriefen. Bei 320 Kindern entstanden Nachkrankheiten, 13 Todesfälle traten ein. Insgesamt wurden durch die Masern 7849 Schulversäumnistage verursacht; auf jedes einzelne Kind kamen im Durchschnitt 17,2 Tage von Schulversäumnis.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Ein Beitrag zur Masernfrage. Von Dr. Henneberg-Magdeburg Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1914, H. 3.

Verfasser tritt entschieden für Maßregeln ein, die die Gefahr der Uebertragung und Ausbreitung der Masern durch die Schule wirksam verhüten. Die Masern nehmen bei der Sterblichkeit der Kinder in unserem Volk eine hervorragende Stelle ein; starben doch 1912 allein in Preußen an Masern und Röteln 6011 Personen gegen 4290 an Scharlach! Von 10000 Kindern im 1. Lebensjahr starben 1911 an Masern und Röteln 18,45 Knaben und 15,75 Mädchen, während an Diphtherie und Krupp nur 11,83 Knaben und 9,15 Mädchen und an Scharlach 3,71 Knaben und 8,11 Mädchen starben! Von verschiedenen Forschern wird seit Jahren auf die zunehmende Bösartigkeit des Genius epidemicus der Krankheit hingewiesen. Am gefährdesten sind durch die Krankheit die unterernährten, rhachitischen, skrofulösen Kinder und solche mit Neigung zu katarrhalischen Affektionen; am größten ist zwar die Disposition im vorschulpflichtigen Alter, doch ist bekanntlich auch die Schulzeit selbst reich an Masernerkrankungen. So wurden in Magdeburg in den letzten 5 Jahren von den Schulärzten 949 Masernfälle gegenüber 538 Diphtherie- und 453 Scharlacherkrankungen notiert. Eine energische Bekämpfung der Masern ist darum zu fordern, besonders heut, wo immer auf den Geburtenrückgang hingewiesen wird. Verfasser bespricht die Bedeutung der Masern gerade für die Schule, die klar daraus hervorgeht, daß die häufigste Zwangsschließung der Schulen durch Masern hervorgerufen wird (1911: 540mal), und daß der Tiefstand der Masernausbreitung während der Ferienzeit liegt. Als allgemeine Maßnahme des Staates fordert Verfasser mit Stephani-Mannheim und entgegen der Auffassung von Cohn-Breslau die allgemeine Meldepflicht, um das Auftreten der ersten Erkrankungsfälle und einzelnen Masernherde rechtzeitig erfahren zu können; denn Schulärzte sind noch längst nicht überall vorhanden, und die am meisten gefährdeten Spielschulen stehen meist noch gar nicht unter ärztlicher Aufsicht. Auch würde die Gleichgültigkeit des Publikums gegen Masern durch die allgemeine Anzeigepflicht etwas aufgerüttelt. — Die speziellen Aufgaben der Schule liegen zunächst in der Feststellung bei der Aufnahme, ob Masern schon überstanden sind. Bei Auftreten der ersten Erkrankung in einer Klasse sind dann alle noch nicht durchmaserten Kinder auf 10 bis 14 Tage nach Hause zu schicken, da in dieser Zeit eine etwa erfolgte Infektion in Erscheinung treten wird. Geschwister masernkranker Kinder sind von der Schule fern zu halten; bei jeder eigentlichen Masernepidemie ist wie bisher der zwangsweise Schulschluß geboten. — Einführung eines Hygiene-Unterrichtes, in dem die Kinder über die Bedeutung der ansteckenden Krankheiten und die Verhütung der Weiterverbreitung auch belehrt werden, ist durchaus erwünscht, ebenso hygienische Fortbildungskurse für Lehrer und Lehrerinnen. Schaffung von hygienisch einwandfreien Trinkgelegenheiten ist eine Notwendigkeit.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

B. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Krankenanstalten.

Krankenhäuser, Krankenkassen und Aerzte. Von Prof. Dr. Th. Deneke Hamburg. Zeitschrift für Krankenanstalten; 1914, Nr. 2.

Die jetzt von den meisten deutschen Großstädten beliebte allzuweit gehende Verbilligung der Krankenhaussätze schädigt das Familienleben; es ist ein Schritt auf dem Wege zum Staatssozialismus und erschwert auch die Entwicklung gesunder kassenärztlicher Verhältnisse. Würden die Gemeinden überall von den Krankenkassen einen den Selbstkosten möglichst nahekommenden Kostenbeitrag erheben, dann würden nicht nur ansehnliche Summen an jährlichen Zuschüssen, sondern auch viele Millionen für Neubauten gespart werden. Die Krankenkassen würden dann die Krankenhäuser nur in solchen Krankheitsfällen heranziehen, die nach Art und Schwere der Krankheit oder nach Art der häuslichen Verhältnisse in den Wohnungen nicht verpflegt werden können. Auch diese Fälle würden nur so lange in den Krankenhäusern bleiben, als der große Heilapparat einer solchen Anstalt unentbehrlich ist. Genesende und chronische Kranke könnten in Sonderanstalten, Genesungsheime und dergl. überführt werden, die am besten von der Krankenkassen selbst errichtet würden, damit der Patient tunlichst bald unter die Aufsicht der Kasse und womöglich seines früheren Arztes zurückkehrt.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber neue bauliche Anforderungen in Seuchenhäusern und -abteilungen. Von Kreisarzt Dr. Helwes. Die Heilanstalt; 1913, Nr. 18.

Der Verfasser nimmt Stellung zu den Forderungen von Prof. Dr. Grober-Jena; auf Grund seiner Ausführungen dürfte es — um das für kleine Krankenhäuser Passende kurz zusammenzufassen — nötig sein, zu der alten, grundlegenden Forderung, daß die Infektionsabteilung gänzlich vom anderen Krankenhause getrennt sei, noch die hinzuzufügen, daß sie je einen besonderen Ein- und Ausgang für die Kranken habe. Da dies aber ohne besonderen Mehraufwand an Kosten nur auf ebener Erde auszuführen ist, so ergibt sich, daß die Infektionsabteilung am besten auf ebener Erde angelegt wird. Die Abteilung soll nur zugängig sein durch eine Schleuse, sie soll einen Schmutz- und Spülraum und wenn irgend möglich für jede Infektionsabteilung einen besonderen Abort haben. Da bei uns eigentlich nur drei übertragbare Krankheiten in Frage kommen (Scharlach, Diphtherie und Typhus), so würden drei besondere Aborte zu bauen sein. Diesen Forderungen wird bei einem Neubau unschwer, d. h. ohne viel Mehrkosten, genügt werden können; sie erschweren und verteuern auch den Betrieb nicht; man darf sogar behaupten, sie vereinfachen und verbilligen ihn daher. Vor allem aber vermindern sie die Uebertragungsmöglichkeiten. Mit Hilfe dieser Einrichtungen und eines gut geschulten und beaufsichtigten Pflegepersonals wird es möglich sein, dort, wo nur die landläufigen Infektionskrankheiten vorkommen und wo Scharlach nicht öfter bösartig auftritt, eine genügende Absonderung in jeder Isolierabteilung im Krankenhause aufrechtzuerhalten. An unseren Grenzen, wo die Gefahr der Einschleppung von Cholera oder Pocken besteht, oder wo viel Scharlach oder epidemische Genickstarre vorkommt, wird dies allerdings nicht immer möglich sein; hier ist die Errichtung eines besonderen Isolierpavillons bei jedem kleinen Krankenhause anzuraten. Der Bau eines solchen Isolierpavillons erfordert nicht unbedeutende Mittel, da das Bett auf 4—5000 M. kommen dürfte.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Betrachtungen über die Ausgestaltung unserer Krankenhäuser. Von Baurat Dr. Schachner-München. Zeitschrift für Krankenanstalten; 1913, Nr. 37.

1500 oder 8000 Mark Baukosten für ein Krankenbett. Von Baurat Winterstein. Hygiene; 1914, Nr. 1.

Man hat die Größe der Krankenanstalten ins Uebermaß ausgedehnt; es ist nach Schachners Ansicht zweckmäßiger, die Krankenanstalten erheblich kleiner zu bemessen und an Stelle weniger großer, mehrere kleinere Krankenhäuser zu er-

richten. Die Größe einer Krankenanstalt sollte über eine Belegung von 600 Betten nicht wesentlich hinausgehen. Um eine schnelle Versorgung der Kranken, sowohl mit der allgemeinen Kost, als auch der speziellen Diät- und Separatkrankenkost zu ermöglichen, ist eine möglichst zentrale Lage der Kochküche Grundbedingung. Auf Grund mehrfacher eingehender Vergleiche und Berechnung ist es bei den heutigen Kosten für Materialien und Arbeitslöhnen und bei der Annahme, daß eine Krankenanstalt mit den üblichen Einrichtungen in sparsamer, aber solider Weise ausgestattet wird, nicht wohl möglich, unter einem Bau- und Einrichtungskostenaufwand von etwa 6000 Mark ein Krankenbett bereitzustellen. Bei möglichster Rücksichtnahme auf eine gute Unterbringung der Kranken und Vermeidung von Massensälen in wirtschaftlicher Weise zu verfahren, ist eine Hauptaufgabe bei der Anlage von Krankenhäusern. Weiterhin sind in umfassender Weise geeignete Maßnahmen für die Unterbringung von Kranken aus dem Mittelstande zu treffen, der heute sicherlich auch zu den wirtschaftlich sehr wenig leistungsfähigen Teilen gehört.

Winterstein betont mit Recht, daß man nicht bloß fragen darf, was hat dies und das Krankenhaus oder die und die Anstalt gekostet, sondern man muß auch gleichzeitig fragen, was in der mitgeteilten Zahl alles enthalten ist und was nicht. Die Forderungen für die verschiedenen Arten von Anstalten sind grundverschieden. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Zweckmäßige Decken für Krankenhäuser. Von F. Voggenberger-Frankfurt a M. Heilanstalt; 1913, Nr. 19.

Decken, hergestellt aus porös gebrannten Ziegelhohlsteinen oder Schwemmsteinen, kommen den weitgehendsten Ansprüchen, die an eine moderne Krankenhausdecke gestellt werden, am meisten entgegen, da dieselben 1. die größte Schallsicherheit besitzen, 2. hygienisch einwandfrei, 3. feuersicher, 4. sehr leicht und 5. schnell und einfach auszuführen sind. Auch in hygienischer Beziehung erreichen diese Decken die höchste Vollkommenheit, da Schwammbildung, Fäulnis, schlechte Ausdünstungen sowie das Einnisten von Ungeziefer usw. absolut ausgeschlossen sind. Ein weiterer Vorteil dieser Decken liegt darin, daß sie die idealste Unterkonstruktion für einen hygienisch einwandfreien Fußboden bilden, worunter ein fugenloser Boden mit oder ohne Linoleumbelag verstanden wird. Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

2. Krüppelfürsorge.

Staat und Krüppelfürsorge in Preußen. Von Prof. Dr. Biesalski-Berlin. Zeitschrift für Krüppelfürsorge; 1914, Nr. 1.

Was die preußische Krüppelfürsorge sich von einem Eingreifen der Staatsregierung und der gesetzgeberischen Körperschaften erhofft, bezieht sich auf nahezu sämtliche Teile ihres Arbeitsgebietes: 1. Da das ganze Königreich Preußen im Gegensatz zu den nicht preußischen Bundesstaaten zu groß ist und in seinen einzelnen Gebieten starke Gegensätze der landschaftlichen und völkischen Gewohnheiten aufweist, kommt für die notwendige Zentralisation als Einheit wohl nur die Provinz in Frage. 2. Daneben laufen Maßnahmen, die zwar in ihrer Ausführung zum Teil den Provinzverbänden zufallen und dort nötigenfalls sinngemäße Abänderung erfahren würden, die aber grundsätzlich für den ganzen Staat gleiche Geltung haben und darum von der Zentrale der Staatsregierung ausgehen könnten. 3. Die wichtigste Förderung, die die preußischen Anstalten erfahren könnten, wäre die Aufnahme „des Krüppels“ in das Dotationsgesetz vom 2. Juni 1902. 4. Weniger schwierig in der gesetzgeberischen Durchführung, darum aber nicht minder wünschenswert, erscheint der Krüppelfürsorge in Preußen die Einstellung einer beträchtlichen Summe für ihre Zwecke in den Staatshaushalt nach dem Vorgange anderer Bundesstaaten. 5. Schließlich erblickt der preußische Landesverband die letzten Endes wirksamste Hilfe in der Bekämpfung des Krüppeltums darin, daß den Studenten der Medizin in möglichst umfassender Weise Gelegenheit geboten wird, sich Kenntnisse in der Orthopädie anzueignen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Königliche orthopädische Klinik in München. Von Prof. Dr. Fr. Lange. Münchener med. Wochenschrift; 1914, S. 1283.

Die Orthopädie hat in Bayern stets eine ihrer vorzüglichsten Pflege-

stätten gefunden. Der jetzige Vertreter derselben, Prof. Dr. Lange, hat seit 1900 den Bau einer großzügig gehaltenen Anstalt angeregt und schließlich erreicht; Jahre hindurch hat er unentgeltlich im „Roten Kreuz“ die Behandlung der Krüppel geführt und wurde hierbei von dem Johanniterorden kräftigst unterstützt. Er führte den Nachweis, daß die frühere Ansicht von Unerschwinglichkeit der Kosten der Krüppelbehandlung falsch sei und der einzelne Kranke durchschnittlich nicht über 140 M. koste. Auf Grund dieser Beobachtung ging dann die bayerische Staatsregierung daran, als die erste aus Staatsmitteln die Krüppelbehandlung aufzunehmen. Hierbei hat sich der bekannte Bauernführer, der frühere Reichstags- und Landtagsabgeordnete Dr. Heim ein unvergeßliches Verdienst erworben. — Mit dem Bau der neuen Anstalt wurde 1911 begonnen; sie ist jetzt der öffentlichen Benutzung übergeben worden. Die Anstalt umfaßt zwei Abteile, die Landesanstalt, in der die Zöglinge ihren Kräften angemessene Handwerke (Buchbinder, Schneider, Schuhmacher usw.) erlernen und die Klinik. Die Klinik enthält 90 Betten. Die Kosten der Verpflegung betragen für 1. Klasse für Erwachsene 10 M., für Kinder 6 M., in der 2. Klasse für Erwachsene 6—8 M., für Kinder 3—4 M., in der 3. Klasse für Erwachsene 4 M., für Kinder 2 M. Zahlreiche Freistellen sind errichtet. Der König hat 10000 M. hierzu geschenkt; Städte, Private haben Freiplätze gestiftet. Der bayerische Bauernverein (Dr. Heim) übernimmt die Bestreitung der Kosten seiner Mitglieder. Hygienisch bemerkenswert ist, daß sämtliches Eßgeschirr vor jeder Benutzung durch kochendes Wasser sterilisiert wird. Statt des lästigen Läutens sind Luftsignale eingeführt. (Ref. möchte den bayerischen und außerbayerischen Kollegen den Besuch der Anstalt dringend empfehlen. Auf diesem Gebiete läßt sich in der sozialen Fürsorge noch viel erzielen.)

Dr. Graßl-Kempten.

---

3. Irrenfürsorge.

Ueber großstädtische Versorgung Geisteskranker in Familienpflege, erläutert an den weiblichen Sträflingen von Dalldorf. Von Dr. Paul Bernhardt in Dalldorf-Berlin. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1914, Nr. 9—10.

Die Verbringung geisteskranker Personen in Familien unter ärztlicher Aufsicht ist eine Form öffentlicher Fürsorge. Die Familienpflege ist entweder ohne jeden Anschluß an eine Irrenanstalt oder sie ist an eine kleine, nur ihr dienende Zentralanstalt angeschlossen, oder es handelt sich um Familienpflege lediglich im Anschluß an eine große Irrenanstalt. Dalldorf hat auch entlassene jugendliche Zöglinge der Idiotenanstalt als Pfleglinge. In Berlin ist es verboten, Kranke beim Personal der Anstalt in Pflege zu geben.

Die Herausnahme von jugendlichen Schwachsinnigen aus ihrer Familie ist oft von günstigem Erfolge; diese Aschenbrödel leben bisweilen dann förmlich auf.

Bei Beurteilung der Pfleger soll man nicht zu engherzig sein; es schadet auch nichts, wenn sie einen kleinen Vorteil von den Pfleglingen haben. Bei den alten Alkoholikern soll man überhaupt froh sein, wenn sie beschäftigt werden; das Bedenken der Ausnutzung tritt weit zurück hinter das Elend des Arbeitsmangels.

Ein neuer Versuch, einen Schritt weiter zu kommen in der Fürsorge, ist die Errichtung einer Beiratsstelle für entlassene Geisteskranke. Notwendig ist ein Irrengesetz, — sei es Reichs- oder Landesgesetz —, das von Staatswegen die Aufsicht sämtlicher Geisteskranker anordnet.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Fremdländische Geisteskranke in der Irrenanstalt in Philadelphia (von 1903—1912). Von Charles W. Burr, M. D., Psychiater der Universität Philadelphia. Vortrag in der psychiatrischen Gesellschaft. The journ. of the am. med. ass.; 1914, LXII, Nr. 1.

Der Prozentsatz der in auswärtigen Ländern geborenen Einwohnerschaft von Philadelphia beträgt 24,7 %; der Prozentsatz der fremdländischen Geisteskranken ist dagegen wesentlich höher und beträgt bei den armen Geisteskranken 44 %. Aehnliche Verhältnisse trifft man auch in allen großen ameri-

kanischen Anstalten, in solchen Gegenden, zu denen viele Einwanderer ziehen. Bemerkenswert ist die Reihenfolge der Länder, aus denen die fremden Kranken stammen. Von insgesamt 3889 in den Jahren 1903—1910 aufgenommenen auswärts geborenen Geisteskranken stammten aus Oesterreich 186, England 304, Deutschland 744, Ungarn 108, Irland 1240, Italien 301, Polen (!) 50, Rußland 557, Schottland 72, Rumänien 31, Schweden 33, Schweiz 35. Auffällig groß ist die Erkrankungshäufigkeit der russisch-jüdischen Einwanderer. Als Ursachen kommen in Betracht: Heimweh, Unfähigkeit, sich in der Fremde zu verständigen, das Leben in der Großstadt mit seiner aufreibenden Unruhe und Ueberarbeitung.

Für die Vereinigten Staaten wäre es zweckmäßig, alle Ausländer, die in den auf ihre Ankunft folgenden 5 Jahren psychisch erkranken, zu deportieren. Es ist sehr fraglich, ob Amerika auf die Dauer solche kranken Elemente zu assimilieren imstande sein wird. Dr. Mayer-Simmern.

Ein Beitrag zur Frage der Größe der Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke. Von Reg.-Rat Dr. Starlinger. Zeitschrift für Krankenanstalten; 1914, Nr. 10.

Ueber den Bau von öffentlichen Anstalten für Geisteskranke in alter und neuer Zeit. Von Med.-Rat Dr. Vocke-Eglfing. Zeitschrift für Krankenanstalten; 1913, Nr. 41.

Starlinger wendet sich gegen die allgemein verbreitete Ansicht, daß nur der Großbetrieb einer Anstalt imstande ist, die Anstalten billig herzustellen, und beweist dies an einem Beispiel (Landesanstalt für Geisteskranke in Görz).

Nach Vocke ist es dagegen eine nicht zu bestreitende Tatsache, daß unter den gleichen Voraussetzungen und bei gleichen Ansprüchen die Bau- und Anlagekosten und die Betriebskosten großer Anstalten geringer sind und sich deshalb das Bestreben der Verwaltungsbehörden nach der Erbauung großer Anstalten in der Tat vollauf rechtfertigt. Die Einwände gegen die Mängel der ärztlichen und Verwaltungstätigkeit können nur jene Anstalten treffen, die unzweckmäßig organisiert sind. Anstalten von 1200 Betten sind durchaus zu empfehlen; da, wo noch mehr Betten innerhalb kurzer Zeit geschaffen werden müssen, stellen zwei selbständige Anstalten, verbunden durch einen gemeinsamen technischen Betrieb, das wirtschaftlichste dar. Hier und anderswo hat die Erfahrung gelehrt, daß sicher ohne Nachteil ruhige Kranke von verschiedenartigem Charakter (überwachungsbedürftige, pflegebedürftige oder sieche) in einem größeren Gebäude vereinigt werden können; einige wenige der neuesten, z. T. noch nicht vollendeten Anstalten sind daher zu größeren Pavillons übergegangen, die statt der bisher üblichen zwei, vier Krankenabteilungen enthalten.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Eine Kolonie von Verbrechern unter ärztlicher Leitung. Von Prof. Dr. Mario Carrara-Turin. Archivio di Antropologia criminale, Psichiatria e Medicina legale; 34. Bd., 5. Heft.

Es handelt sich um einen Versuch, der in Dänemark durch Prof. Dr. Keller gemacht ist und darin besteht, geeignete Elemente aus Irrenanstalten und Strafanstalten, ja aus der Freiheit in einer eigenen Kolonie auf einer Insel (Livö) unterzubringen, wo sie für ihre bisherige Umgebung unschädlich gemacht sind, aber doch eine relative Freiheit bei Arbeit und frischer Luft, ohne der Gefahr des Alkoholgenusses ausgesetzt zu sein, genießen. Die betreffende Insel ist abgesehen von einem Fabrikbetriebe lediglich für die Sträflinge reserviert. Bisher waren diese in einer Anzahl von 40 in zwei Pavillons untergebracht, eine Vergrößerung und Vermehrung ist im Werke. Die bisherigen Erfolge sind recht zufriedenstellend. Es kommt natürlich sehr auf die Auswahl der Deportierten an. Im großen und ganzen sind solche Individuen für diese Art der Unterbringung geeignet, die nicht so schwer in ihren psychischen Funktionen geschädigt sind, daß sie in Irrenanstalten unterzubringen wären, aber doch intellektuelle und moralische Läsionen davongetragen haben, und anderseits nicht eigentlich für das Gefängnis „reif" sind. Namentlich sind es solche psychiatrische Individuen, deren Straftaten in Diebstählen, Gewalttätigkeiten, Sittlichkeitsverbrechen bestanden.

Sehr wichtig, aber auch schwierig ist die Auswahl des Aufsichtspersonals.

In sozialer Hinsicht für die Umgebung und in therapeutischer Hinsicht für die „Patienten“ ist diese Art der Unterbringung der dazu geeigneten Kriminellen nach Ansicht des Verfassers das Ideal. Dr. Solbrig-Königsberg.

---

4. Alkoholismus und dessen Bekämpfung.

Weitere Untersuchungen über chronischen Alkoholismus und Anaphylaxie. Von Dr. E. Manoiloff-Petersburg. Zentralblatt für Bakteriologie; 1914, 1. Abt., Orig., Bd. 73, H. 4/5.

Spritzt man das Serum chronischer Alkoholiker Versuchstieren ein, so sterben sie auf eine nachfolgende Einspritzung einer sonst untertödlichen Alkoholmenge unter anaphylaktischen Erscheinungen. Dasselbe kann man mit dem Serum von Tieren erreichen, die mit Alkohol längere Zeit vorbehandelt worden waren. Dr. Hutt-Breslau.

Lehrerschaft und alkoholgegnerischer Unterricht. Von Prof. Dr. R. Ponickau-Leipzig. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1914, Nr. 1.

Soll die Antialkoholbewegung zum Siege geführt werden, so muß sie sich der Jugend bemächtigen; darum ist eine alkoholgegnerische Unterweisung in der Schule eine Notwendigkeit. Da gelegentliche Belehrungen immer mehr dem Zufall ausgeliefert sein werden, ist ein verbindlicher Unterricht das Erstrebenswerte. Vorbedingung für einen solchen sind Lehrer, die von der Wichtigkeit der Sache durchdrungen und für sie mit Begeisterung erfüllt, möglichst selbst abstinent sind; darum ist Aufklärung der Lehrerschaft die zweite Forderung. Auf den Seminaren muß grundsätzlich mit einer alkoholfreien Lebensführung Ernst gemacht werden; es ist deshalb in das Fach der Gesundheitslehre die intensive Behandlung der Alkoholfrage aufzunehmen; gemeinsame Besuche von Kranken- und Irrenanstalten, Trinkerasylen zur Beobachtung der Endergebnisse menschlichen Frevelns gegen die Naturgesetze sind zu empfehlen. Den Unterricht erteilen am besten abstinente Seminarlehrer, deren Ausbildung durch Anschaffung geeigneter Literatur, durch Besuche vonKursen u. a. in eder Weise zu fördern wäre, oder Aerzte, die sich mit der modernen Alkoholforschung gründlich vertraut gemacht haben. Abstinente Schülervereine an den Seminaren sind zu fördern. — An die Gymnasiallehrer ist schwerer heranzukommen; man müßte sich entschließen, die Hygiene als notwendigen Bestandteil ihrer Vorbildung anzusehen und an allen Universitäten regelmäßige Vorlesungen über die Alkoholfrage halten zu lassen. Das Mindeste, das von allen Lehrern zu fordern wäre, ist die Wahrung einer wohlwollenden Neutralität. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Die Alkoholkriminalität der Jugend Bayerns. Von Landgerichtsrat K. Rupprecht. Münchener Med. Wochenschrift; 1914, S. 703.

Bayern ist der einzige Bundesstaat, der über den Einfluß des Alkohols auf die Häufigkeit und die Erscheinungsform des Verbrechens seit 1910 Baobachtungen anstellen ließ. Die Schädigungen sind wesentlich zweifach: Erbliche Belastung der Nachkommen infolge der Trunksucht der Eltern und unmittelbare Einwirkung auf den jugendlichen Organismus. Auf 100000 strafmündige Bewohner Bayerns treffen verurteilte Trinker 1910: 18,2, 1911: 16,2, 1912: 17,7. Die Verurteilten waren fast ausschließlich Männer. Von den wegen Trunkenheit Verurteilten waren ledig 1910: 66,8%, 1911: 69,3%, 1912: 66,3%; 2/3 aller verurteilten Trunkenbolde befanden sich in einem Alter von 18—35 Jahren. Jugendlicher Kraftüberschuß, mangelndes Verantwortungsgefühl, leichte Reizbarkeit, überspanntes Ehrgefühl, hitzige Liebeseigenschaften, ungezügeltes Triebleben und ähnliche Verhältnisse führen unter dem Einfluß des Alkohols zu strafbaren Exzessen. Es sind daher hauptsächlich vorsätzliche Körperverletzungen, Sachbeschädigungen und Widerstand gegen die Staatsgewalt, die zur Verurteilung führen. Nach dem Wohnsitz trafen 1912 auf die Orte zu 6000 Einwohner 68,3%, 6000—10000 Einwohner 1,9%, 10000—40000 Einwohner 7,1%, über 40000 Einwohner 19,8% (der Verfasser hat leider die Berechnung auf die Einwohnerzahl der einzelnen Wohngruppen unterlassen). Dem Stande nach gehörten 1912 an: Bauern und Gütler 9,2%, landwirtschaftliche Dienstboten 11,8%, selbständige Gewerbegehilfen 21,3%, unselbständige Gewerbegehilfen

5,2 %, Arbeiter 45,1 %, Beamte und Kaufleute 1,0 %, Studierende 0,4 % (auch hier ist die Berechnung auf die Gruppengröße unterlassen). Die Hauptbeteiligten sind landwirtschaftliche Dienstboten und noch einmal so stark die unselbstständigen Gewerbegehilfen, also meist gelernte Arbeiter (auf die Größe der Gruppen und auf die Alterszusammensetzung ist leider keine Rücksicht genommen). Je unsicherer und unbeständiger die Grundlage des Erwerbes und der Arbeit ist, desto größer ist die Neigung zu Alkoholexzessen. (Wie sehr die Gruppengröße geeignet ist, manche Schlüsse des Verfahrens umzustoßen, darüber belehrt uns die Statistik. Im Jahre 1907 gehörten z. B. 786 787 Männer von 15—35 Jahren dem ledigen Stande an, während nur 305 194 verheiratet waren. Relativ sind also die Verheirateten sogar mehr beteiligt als die Ledigen).

Auf 100 Verurteilte treffen 9,5 % Jugendliche (12—18 Jahre) und auf 13 verurteilte Jugendliche trifft 1 Trinker (!). Die Verurteilung der jugendlichen Trinker scheint mehr zu steigen als die der Erwachsenen. Auf dem Lande und in Kleinstädten ist die Hauptzahl der jugendlichen Trinker. Auf 100 000 Einwohner treffen jugendliche verurteilte Trinker in Landgerichtsbezirken München I 0,4, Nürnberg 2,6, Augsburg 5,5, München II 8,6, Memmingen 8,8, Bayreuth 7,8, Wieden 11,3, also ein merkliches Vordringen des ländlichen Einschlages. Auf 1000 strafmündige Personen entfielen 1912 verurteilte Trinker: Niederbayern 2,5, Oberpfalz 2,0, Pfalz 2,0, Mittelfranken 1,9, Schwaben 1,7, Oberbayern 1,5, Oberfranken 1,5, Unterfranken 1,5. Die Stammeszugehörigkeit ist unverkennbar.

Verfasser untersucht noch den Einfluß des Alkohols auf die Kinderzahl und Kindersterblichkeit. Referent möchte ihn hierbei nicht folgen. Die Frage, ob Alkoholiker mehr oder weniger Kinder haben, ist noch ganz ungeklärt. Der Einfluß der Ehefrau wird in der Regel gar nicht in Betracht gezogen. So ist z. B. die höchst fruchtbare Bäuerin der Oberpfalz und des bayerischen Waldes nahezu abstinent und der Bauer trinkt nur, wenn er in die Stadt geht und an Sonntagen, sonst ist auch er abstinent. Die Alkoholfrage ist nach des Referenten Ansicht vielfach noch nicht geklärt. Es ist aber dem Verfasser ohne Rückhalt zuzustimmen, wenn er die Notwendigkeit der Jugendfürsorge auf dem Lande betont. Dr. Graßl-Kempten.

---

5. Schädigungen durch Tabakrauch und Tabakrauchen (Nikotinvergiftung) sowie deren Bekämpfung.

Ueber den Einfluß des Tabakrauches auf den menschlichen Organismus. Von v. Frankl-Hochwart-Wien. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde; 1913, Bd. 47/48.

Es wurden an 28 erwachsenen Personen (2 weiblichen Geschlechts) Versuche über den Einfluß des Tabakrauches gemacht. Sämtliche Personen waren Doktoren und Studierende der Medizin im Alter von 20 bis 50 Jahren. Sie waren zum Teil Raucher, zum Teil Nichtraucher. Bei den Untersuchungen trat die schon von anderen Autoren beobachtete Verschiedenartigkeit der persönlichen Empfindlichkeit gegen das Nikotin besonders scharf hervor. Auch zeitlich reagierte der Mensch ganz verschieden. Für manche genügt schon das Verweilen im Tabakrauch ohne aktives Rauchen, um gewisse Schäden hervorzubringen; besonders empfindlich waren Kinder. Die schweren Erkrankungen des Nervensystems werden häufig namentlich bei solchen Leuten beobachtet, die schon in der Kindheit geraucht haben. Kinder müssen nicht nur an dem aktiven Rauchen gehindert, sondern auch vor dem Aufenthalt in tabakerfüllten Räumen geschützt werden. Beim Rauchen entnikotinisierten Tabaks wurden die Vergiftungserscheinungen erheblich gemildert. Nikotinempfindlichen Menschen, die das Rauchen nicht lassen können, empfiehlt Verfasser im Freien oder bei offenem Fenster zu rauchen. Auf diese Weise kommt nur der „Hauptstorm" beim aktiven Rauchen als schädigendes Moment in Frage, während das Einatmen der rauchgeschwängerten Luft in Fortfall kommt.

Dr. Dohrn-Hannover.

Experimentelle und klinische Beiträge zur chronischen Tabakvergiftung. Von Dr. H. Favargar-Wien. Wiener klinische Wochenschrift; 1914, Nr. 17.

Von der größten Bedeutung sind die Schädigungen des Herzens durch

die chronischen Tabakvergiftungen. Das Herzklopfen bildet sehr häufig das erste und oft auch einzige Symptom. Die mit dem Nikotismus im engen Zusammenhang stehende Arteriosklerose ist nicht selten, aber nicht so häufig, als allgemein angenommen wird. Die bei starken Rauchern beobachteten Herzerkrankungen, die weder durch Abstinenz, noch durch andere Mittel beseitigt werden können, weisen auf anatomische Veränderungen des Herzmuskels hin.

In den Symptomen der chronischen Tabakvergiftungen bestehen gewisse Unterschiede je nach dem, ob Zigarren oder Zigaretten unmäßig geraucht werden. Beim Zigarrenrauchen überwiegen die Herzerscheinungen, beim Zigarettenrauchen die nervösen Symptome; bei den Zigarrenrauchern überwiegen die depressorischen Symptome, bei den Zigarettenrauchern sind die Erregungszustände vorherrschend. Die Toleranz für das Nikotin ist individuell außerordentlich verschieden. Dr. Dohrn-Hannover.

Besprechungen.

Amtsgerichtsrat a. D. Dr. Wilhelm-Straßburg i. E.: **Operationsrecht des Arztes und Einwilligung des Patienten in der Rechtspflege.** Beiträge zur forensischen Medizin; Band I, Heft 3. Berlin 1913. Adler-Verlag. Gr. 8°, 40 S. Preis: 1 M.

Mit Rücksicht auf das zu erwartende neue Strafgesetzbuch erläutert der Autor an einigen wichtigen, bekannt gewordenen Urteilen die praktisch wichtigen Konsequenzen der verschiedenen Theorien bezüglich der Frage nach dem Operationsrechte des Arztes vom juristischen Standpunkte. Die der Mitteilung zu Grunde liegenden Fälle — von denen ein Teil bereits von anderen Autoren bearbeitet ist — sind klassische Beispiele für die Schwierigkeit der Beurteilung einer solchen Frage im konkreten Falle, was vor allem aus den oft ganz differenten Urteilen der einzelnen Gerichtsinstanzen in einem und demselben Falle hervorgeht. Eine größere Anzahl einschlägiger Beispiele ist vor allem auch der Frage des Operationsrechtes an Minderjährige gewidmet. Der Autor führt neben Beispielen aus der deutschen Rechtsprechung auch solche aus der österreichischen und französischen Rechtsprechung an.

Dr. A. Th. Marx-Prag.

Dr. Otto Leers, Königl. Gerichtsarzt in Essen a. d. Ruhr: **Gerichtsärztliche Untersuchungen.** Ein Leitfaden für Mediziner und Juristen. Verlag von Julius Springer. Berlin 1914. Gr. 8°, 162 S. Preis: 4 M., geb. 4,60 M.

In dem vorliegenden Buche des Verfassers ist die auf Grund langjähriger praktischer Betätigung gesammelte Erfahrung auf dem Gebiete der ärztlichen Sachverständigentätigkeit in übersichtlicher und knapper Form zusammengestellt. Alle Fragen, welche dem Gerichtsarzte in seiner Praxis unterlaufen können, sind besprochen und in folgender Weise geordnet: 1. Geschlechtliche Verhältnisse, 2. Fehlgeburt und Abtreibung, 3. Kindesmord, 4. Sittlichkeitsverbrechen, 5. Gesundheitszustand, 6. Körperverletzungen, 7. Gewaltsame Todesarten (das erste Kapitel dieses Abschnittes bespricht den plötzlichen Tod aus natürlicher Ursache), 8. Leichenöffnung, -Schau- und -Ausgrabung (mit den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen für das Deutsche Reich), 9. Asservierung und Konservierung, 10. Bestimmung der Identität, 11. Maße und Gewichte (mit übersichtlicher tabellarischer Zusammenstellung nach Alter und Geschlecht geordnet), 12. Haare und Federn, 13. Blut und Blutspuren, 14. Samen und Samenflecke, 15. Untersuchungen von Scheidenschleimflecken, Milch- und Kollostrumflecken, Kot und Kotflecken, angetrockneter Gehirnmasse, Fruchtwasserflecken, Wochenflußflecken, Flecken von käsiger Schmiere, Kindspechflecken, Monatsblutflecken. 16. Kurze technische Anleitung für die mikroskopische Untersuchung frischer Präparate. Ausführliches Inhaltsverzeichnis und Sachregister.

Das Buch eignet sich außerordentlich zu rascher Orientierung über alle Fragen, die den Gerichtsarzt interessieren, und für den es daher einen gut brauchbaren Leitfaden bei seiner Betätigung in der forensisch-medizinischen Praxis bildet. A. M. Marx-Prag.

Dr. Karl Kisskalt, Professor der Hygiene an der Universität Königsberg: **Kisskalts und Hartmanns Praktikum der Bakteriologie und Protozoologie.** Erster Teil: **Bakteriologie.** Dritte Auflage. Mit 40 Abbildungen im Text. Jena 1914. Verlag von G. Fischer. 8°; 112 S. Preis: 3 M., geb. 4 M.

Jm Jahrgang 1910, Seite 302 dieser Zeitschrift, konnte vom Referenten die zweite Auflage des Kißkalt-Hartmannschen Praktikums besprochen und wegen seiner besonderen Vorzüge dringend empfohlen werden. Trotz der doch gewiß nicht geringen Zahl kleinerer bakteriologischer Werke ist jetzt vom vorliegenden Praktikum bereits wieder eine Neuauflage erschienen. Es beweist diese Tatsache deutlich, daß die eigentümlichen Prinzipien des Kisskaltschen Praktikums, nämlich immer nur wenige, aber unbedingt zuverlässige Methoden zu bringen, jeden Handgriff und die möglichen Fehler genau zu besprechen sowie einen nach Arbeitstagen geordneten Arbeitsplan zu bieten, weitere Anerkennung gefunden haben.

Die neue Auflage ist nach den in Kursen gemachten Erfahrungen entsprechend den Fortschritten der bakteriologischen Wissenschaft einer weitgehenden Umarbeitung unterzogen, ohne doch am äußeren Umfang zugenommen zu haben; neu aufgenommen ist eine Uebung über Anaphylaxie und Aktinomykose. Das Praktikum kann daher jedem, der sich als Anfänger mit der Bakteriologie beschäftigt und besonders dem, der sich mehr weniger selbstständig mit den Methoden vertraut machen muß, als zuverlässiger Führer und Ratgeber empfohlen werden. Dr. R. Mohrmann-Stade.

G. v. Bunge, Prof. Dr. chem. et med.: **Lehrbuch der organischen Chemie für Mediziner in siebzehn Vorträgen.** Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig 1913. Verlag von Johann Ambrosius Barth. Gr. 8°; 288 S. Preis: 7 M., geb. 8,25 M.

In dem Vorwort zu der vorliegenden zweiten Auflage einer „Organischen Chemie für Mediziner“ sagt v. Bunge, daß nach dem Erscheinen der ersten Auflage gegen seine Darstellung der Vorwurf erhoben worden sei, es gäbe keine besondere organische Chemie für Mediziner, weil auch der Mediziner die ganze organische Chemie kennen müsse. Auf Grund einer vierzigjährigen Erfahrung als akademischer Lehrer weist er diesen Vorwurf zurück, da der Student der Medizin nur in seltensten Fällen ein Lehrbuch der organischen Chemie durchstudiere. Erst wenn das ungeheuere Gebiet der organischen Chemie den besonderen Bedürfnissen des Mediziners entsprechend behandelt wird, gewinne dieser Interesse daran und beschäftige sich damit. Dieser Anschauung entsprechend hat von Bunge sein Lehrbuch der organischen Chemie für Mediziner geschrieben. Die Anfangsgründe der chemischen Chemie werden so behandelt, daß aus der Fülle der chemischen Tatsachen das für den Mediziner Wichtige und Unentbehrliche ausgewählt und immer auf die Beziehungen hingewiesen wird, in denen die mitgeteilten Tatsachen mit den einzelnen Zweigen der medizinischen Wissenschaft stehen. In 17 Kapiteln, dessen Inhalt nicht einzeln aufgeführt zu werden braucht, werden so die für den Mediziner notwendigen Tatsachen der organischen Chemie in glänzender Form dargelegt. Wer auch nur einzelne Kapitel dieses Buches, wie z. B. das Kapitel „die Kohlehydrate, der Harnstoff und seine Derivate, die Alkaloide und das Eiweiß“ durchgelesen hat, wird zugeben müssen, daß ein solches Buch geradezu ein Bedürfnis nicht nur für den Studenten der Medizin, sondern auch für den bereits der Universität mehr weniger weit fernstehenden Arzt ist.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Privatdozent Dr. med. Hans Reiter-Königsberg i. Pr.: **Vakzinetherapie und Vakzinediagnostik.** Mit 26 Textabbildungen. Stuttgart 1913. Verlag von Ferdinand Enke. Gr. 8°; 236 S. Preis: 8 Mark.

Der Verfasser hat seine von der Alvarenga-Stiftung der Hufelandschen Gesellschaft in Berlin 1913 mit dem Preise gekrönte Arbeit „Ueber den Wert und die Grundlagen der Vakzinetherapie“ in erweiterter Form der Aerztewelt zugänglich gemacht, um sie in ein Gebiet moderner Medizin einzuführen, das zum Teil noch völliges Neuland, zum Teil aber bereits so weit erforscht ist, daß es dem Praktiker neue Wege zur Heilung und dem Hygieniker neue

Maßnahmen zur Verhütung von bakteriellen bezw. ansteckenden Krankheiten eröffnet.

In einem ausführlichen, durch instruktive Abbildungen dem Verständnis näher geführten allgemeinen Teil werden die Grundlagen der aktiven Immunisierung, insbesondere der Opsonintherapie und Diagnostik besprochen. Hierauf näher auf sie einzugehen, fehlt es an Raum. Der Praktiker wird,sofern er nicht tüchtig bakteriologisch geschult ist, allerdings nur selten in der Lage sein, allein an der Hand der Vorschriften des Buches, die technisch sehr subtilen und schwierigen Arbeiten, z. B. zur Bestimmung des opsonischen Index, zur Herstellung des Impfstoffs und Wertbestimmung der Vakzine anzuführen; dafür ist an zahlreichen ausführlichen Krankengeschichten die Anwendung und Wirkung der Vakzine eingehend erläutert. Freilich fehlt es nicht an Autoren, die behaupten, die praktischen Resultate ständen in keinem rechten Verhältnis zu den aufgewendeten Mühen. So viel aber dürfte doch aus dem speziellen Teil, in dem die einzelnen Krankheiten, bei denen die Vakzintherapie bisher in Anwendung gekommen ist, abgehandelt werden, hervorgehen, daß ihre Erfolge bei einzelnen Krankheiten, namentlich bei der Furunkulose und Gonorrhoe in einzelnen Fällen durch anderweitige therapeutische Maßnahmen kann übertroffen werden. Recht wertvoll hat sich auch die von dem Verfasser begründete und besonders zur Sicherung der Diagnose bei gonorrhoischen Erkrankungen in der Gynäkologie empfohlene diagnostische Vakzination erwiesen; allerdings sind der Anwendung der probatorischen Vakzineinjektion bestimmte Grenzen gesteckt. Schließlich sei noch kurz der prophylaktischen Vakzination bei Typhus nach dem Verfahren von Kolbe-Pfeiffer gedacht, das im südwestafrikanischen Aufstaud in 7287 Fällen Anwendung fand; von diesen erkrankten 5,09 und starben 0,33 %, während von 9202 Nichtgeimpften 9,84 % erkrankten und 9,84 von Hundert starben (im Text sind in den genannten Zahlen die Kommata um eine Stelle zu weit nach rechts gesetzt), ein nicht zu unterschätzender Erfolg der Methode!

Wie jede Behandlungsmethode hat auch die Vakzinetherapie ihre Versager; es steht jedoch zu hoffen, daß mit ihrem weiteren Ausbau die Gründe hierfür mehr und mehr erkannt und Fehler vermieden werden, so daß sich voraussichtlich die aktive Immunisierung zu einem Segen der Menschheit gestalten wird.

Ein Anhang über Fachausdrücke der Immunitätslehre erleichtert dem nicht serologisch geschulten Leser in dankenswerter Weise das Verständnis der nicht immer leichten Lektüre. Dr. Hillenberg-Zeitz.

R. W. Allen, M. D. B. S., London, vormals klinischer Pathologe am Mouent Vernon Hospital für Brustleidende; Pathologe am Royal Eye Hospital; Gull Student of Pathology, Guys Hospital: **Die Vakzinetherapie, ihre Theorie und praktische Anwendung.** Nach der 4. Auflage des Originals deutsch herausgegeben von R. E. S. Krohne, M. D. London, Dresden und Leipzig 1914. Verlag von Theodor Steinkopf. Gr. 8°, 344 S. Preis: 10 M., geb. 11 M.

Die ausgezeichnete Aufnahme, die obiges Werk des bekannten englischen Autors in seinem Heimatlande und auch in Amerika bei den praktischen Aerzten gefunden hat — in verhältnismäßig kurzer Zeit wurde die 4. Auflage nötig —, legte dem Uebersetzer den Gedanken nahe, das Buch auch den deutschen Kollegen zugänglich zu machen, in der Hoffnung, daß seine völlig für die Praxis zugeschnittene Darstellung der Materie in dem klassischen Lande der Tuberkulintherapie, der mehr oder weniger die gleichen Prinzipien wie der Vakzinetherapie zugrunde liegen, die Aerzte dazu anregen würde, dieser in den angelsächsischen Ländern bereits viel geübten Heilmethode ihr Interesse zuzuwenden. Freilich genügt gerade bei dieser Art der Behandlung ein bloßes Buch-Studium noch viel weniger als bei der Tuberkulintherapie, um sie mit Erfolg praktisch verwerten zu können. Mag sich der Arzt die Grundprinzipien der Vakzinetherapie noch so gründlich durch die Lektüre einer so klar und verständlich geschriebenen Buches, wie des vorliegenden, angeeignet haben, zum Schritt in die Praxis hinein gehört erheblich mehr, vor allem bakteriologische und klinische Kenntnisse, ohne die ein Arzt an die praktische Verwendung der Methode nicht herantreten sollte. Daß er beim Fehlen der nötigen Zeit und

der erforderlichen Laboratoriumseinrichtungen, selbst wenn er bakteriologisch geschult ist, die genaue Fesstellnng der Infektionserreger, die zur Anwendung der richtigen Vakzine erforderlich ist, und die zweckmäßige Herstellung der letzteren oft einem Spezialisten wird überlassen müssen, sei nur beiläufig erwähnt.

Trotz dieser Schwierigkeiten, die sich für die Praxis ergeben, möchte Referent doch annehmen, daß, wenn erst die praktischen Aerzte sich mit der Frage eingehend beschäftigen und erkannt haben, daß bei vielen bakteriellen Organerkrankungen, die jeder anderen Behandlung trotzen, gerade durch die aktive Immunisierung schöne Erfolge zu erzielen sind, bei uns weit mehr bakteriologische Privatlaboratorien, als bisher existieren, sich auftun werden, die dem Praktiker auf diesem Gebiete weitgehend zu Hilfe kommen können. Es dürfte hier für tüchtige Bakteriologen auch bei uns ein sehr aussichtsreiches Gebiet praktischer Betätigung bestehen; denn es gibt ja kaum eine auf bakterielle Ursachen zurückzuführende Krankheit — und deren Zahl ist wahrlich nicht klein —, bei der mit der spezifischen Therapie sich nicht Erfolge erzielen ließen, eine Therapie, deren Ziel darin beruht, das Hingelangen hinreichender Antikörper — Antitoxine, Agglutinine, Lysine und Ozonine — und wirksamer Phagozitenzellen an die Infektionsherde zu befördern; niemals ist aber bei dieser Heilbehandlung zu vergessen, daß neben ihr alle sonstigen therapentischen Maßnahmen in Anwendung zu kommen haben, die die Wirkung der durch die Vakzine gebildeten Antikörper fördern.

Eine Schilderung der Vakzinetherapie, sei sie auch tunlichst kurz gehalten, hier zu geben, würde zu weit führen. Referent muß sich vielmehr darauf beschränken, die wirklich interessante, anregende Lektüre des Buches, das dem Arzt und besonders dem Medizinalbeamten das Verständnis für manche infektiöse Vorgänge wesentlich erleichtern, ja erst geben wird, seinen Kollegen angelegentlichst zu empfehlen. Niemand wird das Werk ohne Nutzen aus der Hand legen. Dr. Hillenberg-Zeitz.

Prof. Dr. W. Kruse und **Prof. Dr. Paul Selter: Die Gesundheitspflege des Kindes.** Für Studierende, Aerzte, Gesundheitsbeamte und alle Freunde der Volksgesundheit. Stuttgart 1914. Verlag von Ferdinand Enke. Gr. 8°; 794 S. Preis: geh. 26 M.

Seit dem Erscheinen von Uffelmanns ausgezeichnetem Handbuch der privaten und öffentlichen Hygiene des Kindes im Jahre 1881 ist keine wissenschaftliche Bearbeitung dieses Gegenstandes herausgekommen. Diese Lücke haben die Herausgeber mit Hilfe einer Reihe von Fachmännern durch das vorliegende Werk in äußerst geschickter Weise ausgefüllt. Das Buch ist in folgende 21 Kapitel eingeteilt:

1. Kurze Geschichte der Gesundheitspflege des Kindes (Prof. Dr. Paul Selter-Solingen); 2. Gestalt und Wachstum des Kindes (Dr. C. H. Stratz-den Haag); 3. Krankheitsursachen und Krankheitshäufigkeit im kindlichen Alter (Prof. Dr. W. Kruse-Leipzig); 4. Ernährung des Kindes (Dozent Dr. J. Bauer-Düsseldorf); 5. Wärme- und Kälteschutz, Kleidung und Körperpflege (Dr. med. Paul Großer-Frankfurt a. M.); 6. Hygiene der Umgebung, Luft, Boden, Wasser, Wohnung (Prof. Dr. W. Kruse-Leipzig); 7. Geistes- und Körperübung (Prof. Dr. F. A. Schmidt-Bonn); 8. Seuchenschutz und 9. Rassenhygiene (Prof. Dr. W. Kruse-Leipzig); 10. Schutz des Kindes in der Schwangerschaft, in der Geburt und im Wochenbett (Privatdozent Dr. H. Cramer-Bonn); 11. Der Säuglingsschutz (Prof. Dr. Paul Selter-Solingen); 12. Kleinkinderfürsorge (Dr. Walter Kaupe-Bonn); 13. Gesundheitspflege im schulpflichtigen Alter (Prof. Dr. med. Hugo Selter-Bonn); 14. Gesundheitspflege im Uebergangsalter (Prof. Dr. F. A. Schmidt-Bonn); 15. Schutz der erwerbstätigen Jugend (Med.-Rat Dr. Hermann Kriege-Barmen und Kreisarzt Dr. Franz Klaholt-Darkehmen); 16. Fürsorge für uneheliche Kinder, Vormundschafts- und Waisenwesen (Dr. Walter Kaupe-Bonn); 17. Fürsorge für kranke Kinder (Prof. Dr. Paul Selter-Solingen und Dr. med. Paul Großer-Frankfurt a. M.); 18. Krüppelfürsorge (Prof. Dr. A. Muchol-Bonn); 19. Sondererziehung für Idioten, Schwachsinnige, Taubstumme und Blöde (Prof. Dr. F. A. Schmidt-Bonn); 20. Die Fürsorge für nervöse Kinder und

21. Die Fürsorge für verwahrloste Kinder (Prof. Dr. Gustav Aschaffenburg-Köln).

Trotz der großen Zahl der Mitarbeiter, deren Namen für die Güte des Buches bürgen, hat die Einheitlichkeit der Bearbeitung des Stoffes in keiner Weise gelitten. Das Buch bietet übrigens weit mehr, als es dieser Inhaltsangabe nach scheinen möchte. In dem Kapitel über die Hygiene der Umgebung z. B. ist eine vollständige Abhandlung über Wohnung, Trinkwasserversorgung und Abwässerbeseitigung gegeben; das Kapitel über Gesundheitspflege im schulpflichtigen Alter ist besonders ausführlich gehalten und behandelt die gesamte Schulgesundheitspflege. Die wissenschaftlichen Grundlagen sind überall in gleicher Weise berücksichtigt, wie die gesetzlichen und sozialen. Genaue Literaturangaben und die wörtliche Wiedergabe der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen ergänzen den Text, der durch 122 Textabbildungen trefflich erläutert wird. Daß bei der Darstellung auch auf die Bedürfnisse von Laien Rücksicht genommen ist, auf deren Mitwirkung gerade bei der Fürsorge für die Kinder nicht verzichtet werden kann, hat der wissenschaftlichen Behandlung der Sache nicht geschadet. Das Werk kann daher allen, die sich mit der Hygiene des Kindes beschäftigen, dringend empfohlen werden.

Dr. Ritter-Minden.

Prof. Dr. M. Mosse und **Dr. med. G. Tugendreich**-Berlin: **Krankheit und soziale Lage**. Vierte Lieferung. München 1913. Verlag von J. F. Lehmann. Gr. 8°, 220 S. Preis: 6 M.

Die vorliegende vierte Lieferung bildet den Schluß des ganzen 880 Seiten umfassenden Werkes und reiht sich in höchst würdiger Weise den schon früher erschienenen und in dieser Zeitschrift besprochenen Lieferungen an. In ihrem ersten Abschnitt wird die Bekämpfung der sozialen Krankheitsursachen durch den Staat von Ministerialrat Prof. Dr. F. Zahn-München und Dr. jur. rer. polit. Jos. Kleindienst-München besprochen, während sich der zweite von Stadtrat Dr. med. Adolf Gottstein-Charlottenburg bearbeitete Abschnitt mit den „Aufgaben der Gemeinde- und der privaten Fürsorge auf sozialem Gebiete beschäftigt. Es folgt dann als dritter Abschnitt eine Abhandlung über den „Einfluß der sozialen Gesetzgebung auf Verhütung, Erkennung und Verlauf der Krankheiten, von Dr. med. Alfons Fischer-Karlsruhe i. B., dem sich als letzter Abschnitt eine Besprechung der sozialen Maßnahmen zur Besserung der Fortpflanzungsauslese, verfaßt von Dr. med. Wilhelm Schallmayer, anschließt, dessen Inhalt allerdings starke Zukunftsmusik ist. Aus dieser kurzen Inhaltsübersicht sieht man, welche reiche Fülle von Wissenswertem auch diese vierte und letzte Lieferung von „Kranheit und soziale Lage“ enthält. Wirft man nunmehr noch einmal einen Blick auf das jetzt fertiggestellte gesamte Werk, so muß die Kritik uneingeschränkt eingestehen, daß der beabsichtigte Zweck in schönster Weise erreicht ist. Das Werk wendet sich, wie es in der Einführung der ersten Lieferung heißt, nicht nur an Aerzte, sondern auch an andere sozial interessierte Kreise, an Volkswirtschaftler und Sozialpolitiker; der Darstellung wird trotz angestrebter Gründlichkeit und Wissenschaftlichkeit auch der gebildete Laie ohne Mühe folgen können. Besonders, und nicht zum wenigsten einzuschätzen, ist auch, daß sehr glücklich ein Zuviel von fremdsprachlichen Fachausdrücken vermieden ist. Ausführliche Literaturangaben findet man am Ende eines jeden Abteils. Ein genaues Inhaltsverzeichnis am Ende des Buches, sowie eine Namensaufführung aller in Betracht gezogenen Verfasser von Veröffentlichungen, die sich auf die besprochenen Themen beziehen, erhöhen die Brauchbarkeit sowie das Zurechtfinden in dem ganzen Werke und erleichtern das Nachstudium. Das Werk kann mit Recht den gelehrten und gebildeten Kreisen demnach nicht genug empfohlen werden. Papier, Druck und Ausstattung sind, entsprechend den Gepflogenheiten des bekannten Verlages von J. F. Lehmann in München, ohne Tadel. Dr. Coester-Görlitz.

Prof. Dr. Eugen Schlesinger, Schularzt in Straßburg i. E.: **Schwachbegabte Kinder. Ihre körperliche und geistige Entwicklung während**

und nach dem Schulalter und die Fürsorge für dieselben. Stuttgart 1913. Verlag von Ferdinand Enke. Gr. 8°, 131 S. Preis: 4,80 M.

Die reichhaltige Schrift gründet sich auf ein Beobachtungsmaterial von annähernd dreihundert schwachbegabten Kindern der Straßburger Hilfsschule. Sie ist gleich interessant für Aerzte, Lehrer und Sozialpolitiker; handelt es sich doch um die wichtige Aufgabe, wie man aus an sich minderwertigen Menschen durch geeignete Maßnahmen in der Jugendzeit brauchbare Mitglieder der Gesellschaft machen kann. Wie man aus Schlesingers Arbeit ersehen kann, ist der Erfolg dieser Bemühungen bei sorgfältiger Scheidung der einzelnen Grade des Schwachsinns erfreulich. Hundert Schülergeschichten dienen der Abhandlung zur Illustration. Von den Aerzten bekommt nur der Schularzt ein derartig buntes Material zu Gesicht. Das Werk wird daher großes Interesse bei den beteiligten Kreisen finden. Dr. Rühle-Halle-Nietleben.

Med.-Rat Dr. Blume: Der Samariter. 1. Leitfaden für die Erste Hilfe bei Unglücksfällen. 2 Abbildungen dazu. III. Auflage. Karlsruhe 1914. Verlag von G. Braun. Kl. 8°; 60 S. Preis: 1 Mark.

Der kleine Leitfaden, der in kurzer Zeit die dritte Auflage erlebt hat, ist dazu bestimmt, dem Arzt ein Wegweiser zu sein, wie er den Samariterunterricht in fünf Doppelstunden einteilt, dem Nothelfer zugleich als Ratgeber und zur Vorbereitung für den Unterricht zu dienen. Text und namentlich auch die zahlreichen Abbildungen sind derartig, daß der Leitfaden für den bestimmten Zweck zu empfehlen ist. Entsprechend der neueren Wundbehandlung sind Jodtinktur, Mastisol und keimfreie Schnellverbände mit berücksichtigt worden. Ebenso findet die erste Hilfeleistung bei elektrischen Unfällen eine Besprechung. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Tagesnachrichten.

In **Preußen** haben die für **Kreisärzte vorgeschriebene Prüfung** im Jahre 1913 37 Aerzte bestanden und zwar 2 mit „sehr gut", 24 mit „gut" und 13 mit „genügend". Mit diesen Ziffern ist fast genau der Durchschnitt der letzten 6 Jahre erreicht, wie sich aus der nachstehenden Uebersicht ergibt:

	Gesamtzahl	davon bestanden mit		
		sehr gut	gut	genügend
1908:	54,	2	35	17
1909:	51,	2	31	18
1910:	38,	3	20	15
1911:	25,	2	16	7
1912:	24,	1	15	8
1913:	37,	2	24	11
Summa:	229,	12	141	76
durchschnittlich jährlich:	38,	2	24	13

Erfreulich ist, daß die Zahl der Aerzte, die die staatsärztliche Prüfung bestanden haben, im letzten Jahre wieder wesentlich gestiegen ist, während sie im vorhergehenden Jahre so gesunken war, daß sie kaum ausreichte, um den Bedarf zu decken.

Aus dem Sächsischen Landtage. In der Zweiten Kammer des Landtages sind in der Sitzung vom 14. v. M. die Petitionen der Naturheilvereine in Sachsen und des Bundes der Gärtner in Goblis-Dresden um Errichtung eines Lehrstuhles für Naturheilverfahren an der Landesuniversität Leipzig der Königlichen Staatsregierung zur Kenntnisnahme überwiesen, obwohl sich die Gutachten des Landesgesundheitsamtes und der medizinischen Fakultät gegen eine Berücksichtigung der Petitionen ausgesprochen hatten. Abgesehen von den Konservativen stimmten sämtliche Abgeordnete, selbst die nationalliberalen, für diese Ueberweisung. Die Erste Kammer hat sich in ihrer

Sitzung vom 18. v. M. diesem Beschlusse zwar angeschlossen, aber unter der einschränkenden Annahme, „daß diese Kenntnisnahme kaum zur Gründung eines neuen Lehrstuhles für Naturheilkunde führen wird, daß sie aber zur Erwägung darüber Veranlassung geben wird, ob es angezeigt erscheint, im Zusammenhange mit der medizinischen Klinik einen besonderen Lehrauftrag für physikalisch-diätetische Therapie zu erteilen". Der Beschluß der Kammer hat infolge der darin zutage getretenen Mißachtung der medizinischen Kunst und Wissenschaft mit Recht in den Kreisen der sächsischen Aerzteschaft große Mißstimmung erregt, und die Vorsitzenden sämtlicher ärztlicher Bezirksvereine zu einen energischen Protest gegen „eine solche von genügender Sachkenntnis völlig bare Behandlung wissenschaftlicher Fragen" veranlaßt.

Im Kaiserin Auguste Viktoria-Haus (Charlottenburg) zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit ist ein **Museum für Säuglingspflege** eingerichtet und am 4. d. M., dem Tage des fünfjährigen Bestehens der Anstalt durch den Vorsitzenden des Kuratoriums, Kabinettsrat a. D. v. Behr-Pinnow feierlich eröffnet worden. Das Museum ist mit einem Aufwande von 30 000 M., die von einem Gönner der Anstalt in Magdeburg geschenkt sind, hergestellt; um seine Errichtung haben sich namentlich der Prof. Dr. Langstein und Oberarzt Dr. Rott sehr verdient gemacht. Es besteht aus 10 Abteilungen, in denen alles Wissenswerte auf dem Gebiete der Säuglingspflege mit besonderer Berücksichtigung aller Gebiete, die mit der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Beziehung stehen, in instruktivster Weise vorgeführt wird.

Salvarsanprozeß vor der Strafkammer des Landgerichts in Frankfurt a. M. Der Schrifststeller Waßmann hatte in seinem Winkelblatt „Freigeist" vor einiger Zeit in maßloser Weise gegen das Salvarsan gehetzt und gleichzeitig die Aerzte des städtischen Krankenhauses in gröbster Weise angegriffen und beleidigt: Die Prostituierten würden dort zwangsweise mit Salvarsan behandelt, als Versuchskaninchen benutzt, die Aerzte und die Fachpresse würden von dem Salvarsansyndikat durch Geld bezw. Zuwendung von Annoncen bestochen, die Salvarsanbehandlung müsse als lebensgefährlich, ja als Mord bezeichnet werden usw. Der Magistrat und die Krankenhausverwaltung veranlaßten hierauf die Einleitung des Strafverfahrens gegen den W. wegen Beleidigung, das nach einer sehr langen Gerichtsverhandlung am 6. ds. Mts., zu der sowohl von der Staatsanwaltschaft, als vom Verklagten zahlreiche Sachverständige zugezogen waren, zu dessen Verurteilung zu einer Gefängnisstrafe von 1 Jahr führte, da alle von ihm aufgestellten Behauptungen sich durch die Beweisaufnahme als unrichtig erwiesen hätten und eine so hohe Bestrafung mit Rücksicht auf die verleumderischen und die Ehre seiner Mitmenschen in schimpflichster Weise herabsetzenden Angriffe angezeigt sei.

Der bekannte **Impfgegner** Ingenieur Wegener in Frankfurt a. M. ist von der Strafkammer des dortigen Landgerichts zu 300 M. Geldstrafe wegen Aufreizung zum Widerstand gegen das Impfgesetz durch Flugblätter, in der er die Eltern der impfpflichtigen Kinder zum Widerstand gegen das Impfgesetz aufgefordert hatte, verurteilt worden. Das Amtsgericht hatte nur auf 20 M. Geldstrafe erkannt; die von dem Verurteilten dagegen eingelegte Berufung führte somit zu einer wesentlich höheren Bestrafung.

Der VIII. internationale Kongreß für Kriminalanthropologie findet zwischen dem 14. und 20. September 1914 in Pest statt. Es werden folgende Gegenstände zur Beratung gelangen: 1. Die Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen und juristischen Standpunkt. Prof. Dr. Aschaffenburg-Cöln, Prof. Graf v. Gleispach-Prag, Prof. O. Kinberg-Stockholm und Prof. Friedmann-Pest. — 2. Die senilen Veränderungen der Psyche.

Prof. Dr. Sommer-Gießen und Prof. Dr. Salgó-Pest. — 3. Die Schädeldifformitäten als Degenerationszeichen. Prof. Dr. Carrara-Turin, Professor Martin-Lyon und Ministerialrat Konrád-Pest. — 4. Schutzaufsicht. Landgerichtsdirektor a. D. Aschrott-Berlin und Prof. van Hamel-Amsterdam. — 5. Ausbildung der Jugendrichter, Jugendstaatsanwälte und Probationsofficers. Prof. Dr. Heimberger-Bonn, Prof. Nabokoff-St. Petersburg und Professor Finkey-Klausenburg. Anfragen sind an den Präsidenten des Vorbereitungsausschusses, Staatssekretär Julius Rickl v. Bellye-Pest (Justizministerium), zu richten.

Pest. In Aegypten sind vom 2.—15. Mai: 14 (5) und vom 16.—22. Mai: 31 (32) Personen an der Pest erkrankt (gestorben), in Britisch-Ostindien in den drei Wochen vom 12. April bis 2. Mai: 15906 (13451), 14036 (11693) und 11822 (11069), in Niederländisch-Indien vom 22. April bis 5. Mai und 6.—19. Mai: 630 (561) und 483 (413), in Hongkong vom 12. April bis 2. Mai: 319 (259), davon 193 Erkrankungen in Viktoria, auf den Philippinen (Manila) vom 1. März bis 18. April: 6 (5), in Mauritius vom 5. März bis 9. April: 2 (2), in Cuba vom 16. April bis 7. Mai: 18 (3), in Brasilien (Bahia) vom 29. März bis 4. April: 2 (2), in Peru vom 17. März bis 14. April: 25 Erkrankungen.

Cholera. Seit dem 2.—19. Mai sind in der Türkei unter den Truppen in Adrianopel 7 Erkrankungen und 6 Todesfälle an Cholera amtlich gemeldet; auf den Philippinen (Manila) vom 1. März bis 18. April: 5 (4).

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 17. bis 23. Mai 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rückfallfieber, Rotz, Fleckfieber, Tollwut, Aussatz, spinaler Kinderlähmung: — (—); Pocken: — (1), Milzbrand: 2 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 1 (—), Unterleibstyphus: 126 (20); Ruhr: 22 (2); Diphtherie: 1280 (80); Scharlach: 1551 (74); Kindbettfieber: 94 (22); Genickstarre: 3 (1); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 28 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 275; Tuberkulose (gestorben): 834.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. M. in H.: Kann eine mit fixiertem Einkommen angestellte „freiwillige Helferin" der Vereine „Frauenhilfe" als Person betrachtet werden, die, ohne approbiert zu sein, die Heilkunde gewerbsmäßig ausübt, — und kann sie daraufhin zur Anzeige bei dem Kreisarzt angehalten werden?

Antwort? Nein; denn die Helferin fällt unter dem Begriff „Krankenpflegerin". Als solche ist sie zur Anmeldung an den Kreisarzt nur dann verpflichtet, wenn die durch Polizeiverordnung für Medizinalpersonen vorgeschriebene Anmeldepflicht auch auf „Krankenpflegerinnen" ausgedehnt ist, was in vielen Regierungsbezirken geschehen ist.

Berichtigung. In Nr. 11 ist bei der dritten Tagesnachricht auf S. 447 irrtümlich der erste einleitende Satz fortgeblieben. Er lautet: „Durch Min.-Erlaß vom 11. Mai 1914 — M. N. 1523 — ist für das laufende Jahr wiederum eine **dienstliche Versammlung der preußischen Kreis-Medizinalbeamten** angeordnet."

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; **Nr. 13.** Ausgegeben am 5. Juli 1914.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch
J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 13.
und Beilage: Berichte aus Versammlungen III.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Regierungrat: dem Prof. Dr. Diesselhorst in Halle a. S.; — die Königl. Krone zum Roten Adlerorden IV. Klasse: dem Med.-Rat Dr. Wachs, Kreisarzt in Wittenberg; — der Rote Adlerorden IV. Kl.: dem Kreisarzt Dr. Brummund in Magdeburg, dem San.-Rat Dr. Henningsen in Holtenau, dem Prof. Dr. Umber, leitender Arzt des städtischen Kranken-

[illegible] Westend in Charlottenburg; — der Kronenorden II Klasse dem Marinegeneralarzt a. D. Dr. Grotrian in Kiel; — derselbe Orden III. Klasse: dem San.-Rat Dr. Hinrichs in Burg i. D. (Holstein); — derselbe Orden IV. Klasse: dem Dr. Schieve in Brunsbüttelkoog (Holstein); — die Rote Kreuzmedaille III. Klasse: dem Kreisarzt Dr. [illegible]araß in Koschmin, dem Stabsarzt d. L. Dr. Spurgat in Gumbinnen und dem San.-Rat Dr. Creutzfeldt in Harburg a. Elbe.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Ritterkreuzes II. Klasse des Herzogl. Braunschweigischen Ordens Heinrich des Löwens und des Sterns zum Kommandeurkreuz des Königlich Griechischen Erlöserordens: dem Kaiserl. Leibarzt Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. von Niedner in Berlin; der III. Klasse des Königlich Bayerischen Verdienstordens vom Heiligen Michael: dem a. o. Prof. Dr. Williger in Berlin; des Großoffizierkreuzes des Königl. Serbischen St. Sawaordens: dem a. o. Prof. Dr. Klapp in Berlin; der IV. Klasse desselben Ordens: dem Arzt Dr. König in Charlottenburg; des Königl. Bayerischen Verdienstordens für freiwillige Krankenpflege: dem Generalarzt a. D. Dr. Kanzow in Berlin; des Ritterkreuzes II. Klasse des Braunschweigischen Ordens Heinrich des Löwens: dem Arzt Dr. Stimming in Großwusterwitz (Reg.-Bez. Magdeburg); der III. Klasse des Großherrlich Türkischen Medschidjeordens: dem Prof. Dr. Hackenbruch und dem San.-Rat Dr. Mayer in Wiesbaden; des Ritterkreuzes des Griechischen Erlöserordens; dem Arzt Dr. Thorn



in Frankfurt a. M.; des Päpstlichen Kreuzes „Pro ecclesia et pontifice“: dem San.-Rat Dr. Glaeßgen in Bad Münster a. Stein; des Königl. Siamesischen Kronenordens II. Klasse: dem Oberstabsarzt a. D. Dr. Schaefer in Bangkok (inzwischen gestorben).

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Hutt in Breslau zum Kreisarzt in Neurode; Kreisassistenzarzt Dr. Gerlach in Göttingen zum Kreisarzt der Kreise Osnabrück (Land) und Wittlage mit Wohnsitz in Osnabrück; Kreisassistenzarzt Dr. Kschischo in Danzig zum Kreisarzt in Angerburg, Kreisassistenzarzt Dr. Kiesow in Bialla zum Kreisarzt in Kalau; Dr. Tilling in Waldenburg i. Schles. zum Kreisassistenzarzt des Kreises Johannisburg mit dem Wohnsitz in Bialla.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Martini, Gerichtsarzt in Breslau, Geh. San.-Rat Dr. Berthold in Königsberg i. Pr., Dr. Marckwald in Barmen, San.-Rat

---

27. Jahrg. Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE. 1914.

Zentralblatt

Dr. Paul Juliusburger in Berlin, San.-Rat Dr. Brockmüller in Cöln-Mülheim, San.-Rat Dr. Walter in Deutsch-Lissa (Reg.-Bez. Breslau), Dr. Hillbrenner in Borgloh (Reg.-Bez. Osnabrück), San.-Rat Dr. Kuznitzki in Frankfurt a. O., San.-Rat Dr. Aschendorf in Münster i. W., Generaloberarzt a. D. Dr. Brix in Berlin, Prof. Dr. Nebelthau in Halle a. Saale.

Königreich Bayern.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Speichele in Amberg in gleicher Eigenschaft nach Augsburg.

Gestorben: Dr. O. Schöllhammer in Würzburg, Dr. Tye in München, Hofrat Dr. Maas in Würzburg, Dr. Jüngst in Schweinfurt.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Professor: dem Privatdozenten Dr. Heller, wissenschaftlicher Direktor des Sächsischen Serumwerkes in Dresden.

Ernannt: Die Privatdozenten Dr. Seefelder, Dr. Lichtenstein und Dr. Heller in Leipzig zu außeretatsmäßigen a. o. Professoren.

Gestorben: San.-Rat Dr. Kahleyß in Loschwitz, Dr. Zielinski in Chemnitz.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Die Erlaubnis erteilt zur Anlegung des Ehrenkommandeurkreuzes des Fürstlich Hohenzollernschen Hausordens: dem o. Prof. Dr. v. Baumgarten in Tübingen.

Grossherzogtum Baden.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Manz in Triberg in gleicher Eigenschaft nach Mannheim.

Gestorben: Geh. Rat Prof. Dr. Kehrer in Heidelberg und Dr. Vischer in Konstanz.

Erhitzen, durch Filtration oder durch Zusatz von keimtötenden Chemikalien. Das Erhitzen wirkt natürlich am sichersten, kann aber für große Zentralbetriebe gar nicht in Frage kommen; es würde außerdem dem Wasser die Kohlensäure und mit ihr den erfrischenden Geschmack nehmen. Sehr geeignet sind dagegen die Sandfilteranlagen, da in ihnen günstige hygienische Resultate erzielt werden; sie haben deshalb bis in die letzte Zeit hinein bei vielen Wasserwerksanlagen Verwendung ge-

[1]) Schüder: Die Wassersterilisation. „Gesundheitsingenieur"; 1903.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Gestorben: Dr. Bauer in Rostock.

Elsass-Lothringen.

Ernannt: a. o. Prof. Dr. E. Meyer in Straßburg zum ordentl. Professor und Direktor der medizinischen Klinik und der a. o. Prof. Dr. Keibel in Freiburg i. Br. zum ordentl. Professor und Direktor des anatomischen Instituts in Straßburg i. Els.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel als Professor: den Oberärzten Dr. Arning, Dr. Saenger, Dr. Schottmüller, Dr. Sudeck und Dr. Thost, sowie dem leitenden Arzt des Forschungsinstituts für Tuberkulose Dr. Muche in Hamburg.

Erledigte Stellen.

Königreich Preussen.

Die Stelle des Kreisassistenzarztes und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamte in **Hannover.** Jahresremuneration 2500 Mark. Bakteriologische Vorbildung erforderlich.

Die Stelle kann auch einem noch nicht kreisärztlich geprüften Arzte vorläufig kommissarisch übertragen werden, wenn er den Bedingungen für die Zulassung zur kreisärztlichen Prüfung genügt und sich zur alsbaldigen Ablegung der Prüfung verpflichtet.

27. Jahrg. **Zeitschrift** 1914.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Nr. 13. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Juli.

Die Ozonisierung des Wassers in hygienischer und wirtschaftlicher Bedeutung.

Dr. med. **Schubert**, praktischer Arzt in Lichtenfeld (Ostpr.).

Unter der Sterilisation des Wassers versteht man zwar streng genommen die völlige Vernichtung aller in ihm enthaltenen Kleinlebewesen und deren Dauerformen; für die praktische Wasserhygiene genügt aber nach Schüder[1]) die vollkommene Vernichtung aller pathogenen im Wasser enthaltenen Kleinlebewesen. Erreichbar ist dieses Ziel durch Erhitzen, durch Filtration oder durch Zusatz von keimtötenden Chemikalien. Das Erhitzen wirkt natürlich am sichersten, kann aber für große Zentralbetriebe gar nicht in Frage kommen; es würde außerdem dem Wasser die Kohlensäure und mit ihr den erfrischenden Geschmack nehmen. Sehr geeignet sind dagegen die Sandfilteranlagen, da in ihnen günstige hygienische Resultate erzielt werden; sie haben deshalb bis in die letzte Zeit hinein bei vielen Wasserwerksanlagen Verwendung ge-

[1]) Schüder: Die Wassersterilisation. „Gesundheitsingenieur"; 1903.

funden. Es haften ihnen jedoch gewisse Mängel an, auf die später noch zurückgekommen wird.

Die dritte Sterilisationsart, der Zusatz von keimtötenden Chemikalien, läßt sich in Wasserwerken leicht anwenden. Versuche sind in dieser Hinsicht mit Chlorkalk, Brom und neuerdings auch mit Kupfersulfat angestellt. Wenn sich auch diese Stoffe nach Entfaltung ihrer Wirkung wieder aus dem Wasser entfernen lassen und somit dessen Aussehen, Geruch und Geschmack in keiner Weise beeinflussen, so wird, vom Kupfersulfat abgesehen, ihre Sterilisationskraft jedoch bei größeren Wassermengen entschieden bestritten; außerdem sind bei diesen Methoden die bakteriologischen Resultate nicht entfernt so günstig wie bei der Sandfiltration. Nur ein chemischer Körper hat sich als zuverlässig erwiesen und bildet eine Ausnahme, nämlich das Ozon.

Das Ozon enthält drei Atome Sauerstoff, geht aber schon bei niederen Temperaturen wieder in den gewöhnlichen Sauerstoff O_2 über und löst sich in Wasser 15 mal leichter als dieser. Nachdem es im Jahre 1840 von Schönbein entdeckt und durch Elektrolyse von verdünnter Schwefelsäure und langsamer Oxydation von Phosphor hergestellt war, wies vor etwa 40 Jahren Fox seine keimtötende Kraft und Wolfhügel die Tatsache nach, daß es in der atmosphärischen Luft die oxydablen Substanzen angreift und je nach deren Menge mehr oder weniger schnell verbraucht. Ohlmüller[2]) setzte diese Versuche fort und fand, daß das Ozon weniger die Keime in der Luft vernichtet als vor allem die im Wasser aufgeschwemmten, besonders wenn gleichzeitig möglichst wenig organische Substanz anwesend ist. Den Beweis hierfür erbrachte er durch einen interessanten Versuch, bei dem in einem mit Milzbrandsporen infizierten sterilen Wasser die Wirkung des Ozons im gleichen Grade nachließ als ihm steigende Mengen von Hammelblutserum zugesetzt waren. Durch diese Entdeckungen war die Nutzbarmachung des Ozons für die Trinkwasserverbesserung gegeben, sodann aber auch, daß sich zur Ozonbehandlung hauptsächlich solches Wasser eignet, das arm an organischer Substanz ist, hingegen reich an Bakterien sein kann. Der Holländer Tindal erklärte, daß die Vorgänge bei der künstlichen Ozonisierung des Wassers die gleichen wären, wie wenn auf dieses Luft und Sonnenschein einwirken, weil auch hier das Ozon den entscheidenden Einfluß hätte.

Die ersten praktischen Versuche mit Ozonwasserwerken wurden vor etwa 20 Jahren in Frankreich und Holland zum Teil von eigens hierzu gegründeten Gesellschaften angestellt; 1898 erbauten dann lediglich zu Versuchszwecken Siemens & Halske das Ozonwasserwerk zu Martinikenfelde bei Berlin und fernerhin noch eine transportable Ozonanlage mit einer Stundenleistung von 3 cbm Reinwasser. Davon machte zuerst

[2]) Ohlmüller & Prall: Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt.

die Stadt Königsberg i. Pr. im Winter 1900/01 Gebrauch. Hier kam aber das Ozonverfahren aus später noch zu erwähnenden Gründen damals noch nicht zur Anwendung.

Bald darauf wurden in Deutschland zwei städtische Ozonwasserwerke angelegt, nämlich in Paderborn und Wiesbaden-Schierstein. Während ersteres nach wie vor im vollen Betriebe und 1909 um das Doppelte, zu einer augenblicklichen Tagesleistung von 3000 cbm, erweitert ist, ging die Ozonanlage in Wiesbaden ein, weil das dortige Grundwasser sich infolge des zunehmenden Eisengehaltes für die Ozonisierung nicht mehr eignete. Dieses Werk war für einen Stundenbetrieb von 250 cbm bestimmt. Seit 1911 ist aber auch in Chemnitz ein Ozonwasserwerk im Betrieb. Als dort die vorhandenen Wasserquellen infolge der starken Bevölkerungszunahme nicht mehr ausreichten, entschloß man sich, das Wasser einzelner Gebirgsströme hinzuzunehmen und hierfür ein besonderes Werk zu schaffen. Im Auftrage der Stadtverwaltung prüfte ich im dortigen pathologisch-hygienischen Institut unter Leitung von Prof. Dr. Nauwerck die einzelnen Methoden der Trinkwasserbehandlung; nach meinen dreimonatlichen täglichen Untersuchungen konnte ich die Ozonbehandlung als die einzig zuverlässige erklären.

Im Auslande gibt es bereits sehr viele Ozonwasserwerke; genannt seien: Nizza, Hermannstadt, Petersburg, Florenz und Paris. Veranlaßt wurden alle diese Anlagen durch auftretende Typhusepidemien.

Vorbildlich für die genannten Ozonwasserwerke war die älteste Anlage, nämlich Martinikenfelde. Hier gestaltet sich der Betrieb etwa folgendermaßen:

Zunächst wird das zugeleitete Rohrwasser in ein hochgelegenes Bassin gepumpt, von wo aus es ein drehbares Kröhnkesches Trommelschnellfilter zwecks Befreiung von den groben Schwimmstoffen passiert. Das so gereinigte Wasser wird hierauf in den oberen Teil eines 3 m hohen und 1 m weiten gemauerten mit verschieden großen Steinen gefüllten Sterilisationsturmes geleitet und durch ein Sieb in feinsten Sprühregen verteilt, um dann langsam herabzurieseln. Hierbei vermischt es sich mit dem unter schwachem Druck von unten her in den Turm hineingepreßten Ozon und fließt darauf über Kaskaden zum Reinwasserbehälter, damit durch breite Berührung mit der Luft das etwa noch vorhandene Ozon entfernt wird. Das überflüssige Ozon des Sterilisationsturmes wird wieder dem Ozonerzeuger zugeleitet, der aus Glas- und Metallplatten besteht, zwischen denen sich infolge Einwirkung eines Wechselstromes von 10—15000 Volt blaue Glimmentladungen abspielen, dadurch wird der Sauerstoff der durchstreichenden, zuvor mittels Kälte oder Chlorcalcium getrockneten Luft in Ozon verwandelt, wobei aus 1 cbm Luft 3 g Ozon entstehen.

Diese Konstruktion ist im Prinzip auch bei den späteren Ozonanlagen beibehalten mit Ausnahme des Sterilisationsturmes, der jezt nach den Angaben von de Frise hergestellt wird und aus 8 m hohen und 1 m weiten Eisenblechröhren besteht, die in Abständen von 50 cm durch horizontale Zelluloidplatten in einzelne Kammern geteilt sind. Da diese Platten von zahlreichen feinsten Löchern durchsetzt sind, wird eine innige Vermischung der von unten aufsteigenden Ozonluft mit dem von oben herabfließenden Wasser bewirkt. Eine wesent-

liche Verbesserung dieser Sterilisationstürme gegenüber den Siemensschen besteht darin, daß sie wegen ihres geringen Gewichtes ein schwereres Fundament nicht nötig haben, nur wenig Raum beanspruchen und leicht auseinanderzunehmen sind. Diese Turmkonstruktion wird jetzt meistens mit den Siemensschen Ozongeneratoren zum System Siemens-de Frise kombiniert, das vor 6 Jahren in Paris bei seiner erstmaligen Probevorführung die denkbar besten hygienischen Resultate zeigte.

Die mehr im Auslande üblichen Ozonanlagen nach Otto und Abraham-Marnier arbeiten im wesentlichen nach demselben Prinzip. Die einzelnen Systeme unterscheiden sich darin, daß sich die erwähnte Glimmentladung teils zwischen Glasplatten oder -röhren, teils zwischen Metallen, teils zwischen Glas- und Metallplatten abspielt.

Die der Ozonbehandlung vorausgehende Schnellfiltration geschieht seit mehreren Jahren im allgemeinen so, daß durch Zusatz von schwefelsaurer Tonerde zum Rohwasser dieses von den Schwebestoffen und gröberen Verunreinigungen durch Bildung eines Niederschlages befreit wird, der sich zu Boden senkt und der darauf folgenden Sandfiltration als Filterdecke dient. Nach Schreiber[1]) ist die Ozonisierung eines Wassers vollständig, wenn bei dem unmittelbar aus dem Sterilisationsturm fließenden Wasser die Ozonprobe positiv ausfällt, d. h., wenn dieses sich nach Zusatz von Zinkjodidstärkelösung oder Jodkaliumstärkelösung bläut. Natürlich darf man ozonisiertes Wasser mit dem ersteren Reagenz niemals auf salpetrige Säure untersuchen.

Die hygienische Bedeutung der Trinkwasserbehandlung mittels Ozon beruht auf dessen chemischen, physikalischen und vor allem bakteriologischen Wirkungen. Die Ursache für alle diese Erscheinungen ist in dem leichten Zerfall des Ozons zu suchen, wobei es, wie erwähnt, in den gewöhnlichen Sauerstoff übergeht und sodann das restierende dritte Atom seine Wirkung entfalten kann. In chemischer Hinsicht wird z. B. nach den übereinstimmenden Untersuchungen aller Forscher die salpetrige Säure zu der viel belangloseren Salpetersäure oxydiert und zwar in einem um so höheren Prozentsatze, je weniger die vorhandene Menge war. Dagegen scheint Ammoniak durch Ozon nicht beeinflußt zu werden. Erlwein[2]) konnte allerdings keine Veränderung feststellen; Ermengen konstatierte dagegen eine leichte Herabsetzung, Ohlmüller eine schwache Oxydation des Ammoniaks. Repin stellte an drei aufeinanderfolgenden Tagen bei seinen Versuchen mit dem Wasser der Seine fest, daß durch Ozon das Albuminammoniak stets eine Verminderung erfährt, das freie Ammoniak

---

[1]) Schreiber: Zur Beurteilung des Ozonverfahrens für die Sterilisation des Trinkwassers. 1903.

[2]) Erlwein: Trinkwasserreinigung durch Ozon. Gesundheit; 1901, Nr. 15.

dagegen nur einmal eine unbedeutende Vermehrung zeigte. Eine Beeinflussung der Chloride im Wasser scheint durch Ozon nicht stattzufinden; dagegen wird Schwefelwasserstoff, der dem Wasser einen widerlichen Geruch und Geschmack verleiht, durch Ozon in Schwefelsäure und Wasserstoff zerlegt. Der Kohlensäuregehalt des Wassers scheint sich nach Erlweins Untersuchungen etwas zu verringern, nämlich um 0,026 Vol. Prozent, wofür die verbrauchte Ozonluft nach Verlassen des Sterilisationsturmes kohlensäurereicher wird.

Zwei andere chemische Veränderungen des ozonisierten Wassers sind dagegen von sehr großem hygienischen Werte, nämlich die Zersetzung der organischen Substanz und die Ausscheidung des Eisens. Es ist aber zu berücksichtigen, daß bei beiden Vorgängen der Ozonverbrauch ein ziemlich erheblicher ist, besonders bei der Enteisenung, die man daher praktisch mittels Ozon nur beim Versagen der anderen weitaus billigeren Methoden ausführen wird. Zur Enteisenung sind von Siemens & Halske besondere Ozonapparate hergestellt, in denen die blaue elektrische Entladung zwischen einem Glimmer- und Metallzylinder stattfindet. Mittels solcher Apparate kann man auch mooriges und an Huminsubstanzen reiches Wasser klären und trinkbar machen. Die Enteisenung geht so vor sich, daß durch Ozon das im Wasser gelöste Eisen in Eisenoxyd und Eisenoxydul verwandelt wird, deren Niederschläge man nach Beendigung des Prozesses entfernt. Gleichzeitig verliert auch das eisenhaltige Wasser seine gelbliche Farbe.

Bei Zerstörung der organischen Substanz durch Ozon spielen sich im Wasser ähnliche Vorgänge ab, indem das erwähnte überzählige Sauerstoffatom direkt die organische Substanz angreift, und zwar nach Ohlmüllers Untersuchungen bei gleichzeitiger Anwesenheit von Bakterien zunächst in viel erheblicherem Maße als diese selbst; erst wenn der Oxydationsprozeß bis zu einem gewissen Grade vorgeschritten ist, werden auch die Bakterien durch ihn zerstört. Ist aber zuviel organische Substanz im Rohwasser enthalten, so können sich nach Woodhead durch die Verbindung mit Ozon stark riechende Stoffe bilden.

Eine praktische Bestätigung haben alle diese Angaben in der erwähnten Siemensschen Versuchsanlage zu Königsberg i. Pr. gefunden. Hier konnten Pfeiffer und Klien durch Ozon die leicht gelbliche Farbe des Wassers beseitigen, desgleichen fast völlig den Eisengehalt, der von 1—3 g im cbm auf 0—0,3 g sank, während sich der Oxydationsgrad um 18 bis 20 % verminderte und der Sauerstoffgehalt wesentlich stieg. Trotz dieses Erfolges kam aber das Ozonverfahren in Königsberg nicht zur Anwendung, weil infolge des starken Gehalts an Huminstoffen der Ozonverbrauch so erheblich war, daß die Kosten sich zu hoch beliefen. Wie ich aber vom dortigen Wasseramte erfahren habe, ist jetzt eine Ozonanlage am Pregel oberhalb der Stadt errichtet; denn seitdem die vorher erwähnte

Vorreinigung mit Aluminiumsulfat ausgeführt werden kann, ist der Ozonverbrauch ein nicht mehr so starker, so daß sich das Ozonverfahren rentabler gestaltet.

Auch die Stoffwechselprodukte der Bakterien, die man nach Pflanz[1]) zu den organischen Substanzen rechnen muß, greift Ozon im Wasser an; so injizierten Ermengen und Roux zwei Mäusen ozonisiertes Tetanustoxin mit dem Erfolge, daß beide am Leben blieben. Zu dem gleichen Resultate kam Ermengen in Oudshoorn, der gleichfalls dem Wasser zugesetzte giftige Stoffwechselprodukte durch Ozon vernichten konnte. Der hygienische und wirtschaftliche Wert dieser Ozonwirkung kann natürlich nicht hoch genug eingeschätzt werden, da unappetitliches und ungenießbares Wasser völlig genußfähig und gesundheitsunschädlich gemacht wird, und anderseits durch die Ozonisierung nichts in das Trinkwasser kommt, was die Konsumenten in ihrer Gesundheit beeinträchtigen könnte. Das Ozon macht im Gegenteil durch die Sauerstofferzeugung das Wasser gesunder und genußfähiger, ohne ihm die nützlichen mineralischen Bestandteile zu nehmen.

Den physikalischen Anforderungen des Hygienikers an Trinkwasser wird das Ozon insofern gerecht, als das mit ihm behandelte Wasser kühl, geruchlos, klar und von angenehmem ozonfreien Geschmacke ist, was ich bei meinen erwähnten Wasseruntersuchungen in Chemnitz bestätigen konnte. In dem Wasser des alten Rheins bei Oudshoorn konnte Ermengen den widerwärtigen und modrigen Geschmack durch Ozon völlig beseitigen und dieses vorher schlechte Wasser genußfähig machen. Die Klärung von gelblich gefärbtem Flußwasser durch Ozon ist bereits erwähnt. Ueberhaupt können nach Pflanz alle Abwässer entfärbt werden, die durch Farbflüssigkeiten getrübt sind, niemals dagegen die chemisch verunreinigten Oberflächenwässer der Industriebezirke. Auf die Temperatur des Wassers übt Ozon keinen Einfluß aus, vor allem wirkt es nicht temperatursteigernd.

Einen sehr bedeutenden hygienischen Wert hat die Ozonbehandlung für den Bakteriengehalt des Wassers. Weyl konnte in dem erwähnten Wasserwerke in Martinickenfelde durch Ozonisierung des Spreewassers die zwischen 3094 bis 84400 in 1 ccm schwankende Keimzahl unter 12 Versuchen 4 mal auf etwas über 100 und 8 mal auf unter 100 reduzieren. Noch günstiger waren die Resultate Erlweins in demselben Werke. Das Versuchswasser, das aus $^2/_3$ Spreewasser und $^1/_3$ Leitungswasser bestand, enthielt vor der Ozonbehandlung bis über 200000 Keime in einem ccm, bisweilen sogar so viele, daß die Gelatineplatten verflüssigt waren, nach der Ozonisierung dagegen nur in einem einzigen Falle 34, sonst 0—11 Keime.

---

[1]) Pflanz: Die Verwendung des Ozons zu Verbesserungen des Oberflächenwassers. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; 1903.

Gleichfalls erzielte Calmette ein sehr günstiges bakteriologisches Ergebnis bei der Ozonisierung des stark verunreigten Quellwassers der Stadt Lille. Weiterhin konnte in dem Schiersteiner Wasserwerk bei Wiesbaden die Keimzahl von 7000 bis auf 1 Keim pro ccm mittels Ozon reduziert werden. Gleiches wird aus dem Paderborner Werk berichtet. Ohlmüller fand während längerer Untersuchungen als höchste Keimzahl 28. Wie weit bleibt diese Zahl also hinter der Kochschen Gefahrzahl: 100 Keime in 1 ccm, entfernt!

Aus dem jüngst in Petersburg in Betrieb genommenen Ozonwasserwerk wird berichtet, daß die Keime zwar nicht völlig vernichtet, jedoch durchschnittlich um 98,8 % vermindert werden, dagegen lassen sich die Darmbakterien ausnahmslos beseitigen.

Zu einem ebenso günstigen Ergebnisse führten meine drei Monate lang angestellten Wasseruntersuchungen im pathologisch-hygienischen Institute zu Chemnitz. In 70 Fällen untersuchte ich das gleiche Wasser vor und nach der Ozonbehandlung. Obgleich das Rohwasser regelmäßig, bisweilen zahlreiche Bakterien enthielt, war das ozonisierte Wasser 54 mal keimfrei, 10 mal wies ich 1—5 Keime nach und nur 6 mal 6—12 Keime. Während sich fernerhin im Rohwasser öfters Kolibazillen fanden, waren diese nach der Ozonbehandlung stets völlig verschwunden. Somit konnte ich durch meine Untersuchungen feststellen, daß durch Ozonisierung eines noch so bakterienreichen Rohwassers eine annähernd auch absolute Sterilität erreicht werden kann.

Wie sicher in bakteriologischer Beziehung ein Wasserwerk arbeitet, geht aus einem lehrreichen Versuche Schreibers hervor. Auf seine Veranlassung wurde das Paderborner Werk plötzlich abgestellt und für etwa 3 Minuten unterbrochen. Je 5 Minuten vor und nach der Unterbrechung wurden Wasserproben jede Minute untersucht, ohne daß aber auf den Gelatinplatten die Keimzahl vermehrt war. Demnach bringt eine plötzplötzliche Betriebsstörung in Ozonwasserwerken den Konsumenten keine gesundheitlichen Schäden.

Der größte hygienische Wert einer Ozonisierung des Wassers ist aber der, daß die pathogenen Keime wie Milzbrand-, Ruhr-, Typhus- und Cholerabazillen mit Sicherheit abgetötet werden, auch wenn sie in noch so großer Menge im Wasser enthalten sind, wie die Versuche bei Oudshoorn ergaben. Setzt man z. B. Kolibazillen in sehr großen Mengen dem Rohwasser zu, so erfolgt durch Ozon stets ihre völlige Vernichtung. Auch Ohlmüller und Prall kamen in ihren Versuchen mit pathogenen Bakterien zu gleichen Ergebnissen. In bezug auf die Zeit und Ozonmenge stellte Ohlmüller fest, daß 3717000 Milzbrandbazillen pro ccm mit 89,9 mg Ozon in 10 Minuten zerstört wurden, ferner in zwei Minuten mit 19,5 mg Ozon 247000 Typhusbazillen und in der gleichen Zeit mit 16,6 mg Ozon 2791000 Cholerabazillen im ccm.

Daß diese Tatsachen auch den praktischen Verhältnissen entsprechen, beweisen die Versuche von Ohlmüller und Prall in Martinickenfelde. Unter Anwendung aller Vorsichtsmaßregeln setzten sie einmal eine Aufschwemmung von frischen Cholerabazillen, ein anderes Mal eine solche von Typhusbazillen dem Rohwasser hinzu. Darauf ließen sie das Ozon einwirken mit dem Ergebnis, daß alle Typhus- und Cholerabazillen vernichtet waren.

Schüder und Proskauer kamen aber ohne weiteres nicht zu diesem Resultate und erzielten erst eine völlig sichere Abtötung der genannten Bakterien, als sie in den Sterilisationstürmen die Steine durch feinkörniges Material ersetzten. Dann waren aber die Erfolge glänzend: Ein Wasser, dem zu 1 ccm 630000 Cholera-, Typhus- und Ruhrkeime zugesetzt waren, wurde bei einer Konzentration von 3,4 bis 4 g Ozon pro cbm Luft völlig steril. So zeigt das Ozon eine weitere für die Seuchenverhütung nicht hoch genug zu bewertende Eigenschaft, nämlich, daß es die pathogenen Bakterien intensiver angreift und früher abtötet als die harmlosen Wasserbakterien, vorausgesetzt, daß das Wasser nicht allzuviel organische Substanz enthält.

Der Sterilisationseffekt einer Ozonanlage hängt nun nach Schreiber von 4 Faktoren ab, nämlich von der Beschaffenheit des Rohwassers, von der Menge des die Anlage durchfließenden Wassers, von der Konzentration der Ozonluft und von deren angewandter Menge.

Was die Beschaffenheit des Wassers anbetrifft, so wendet man das Ozonverfahren gewöhnlich bei Oberflächenwasser an, selten bei Quell- und Grundwasser, weil dieses meistens keimfrei ist. Wie erwähnt, darf das Wasser aber keine allzu großen Mengen von Eisen oder organischer Substanz enthalten, weil sonst der Ozonverbrauch zu stark ist. Enthält das Wasser höher entwickelte Kleinlebewesen, so ist vor der Ozonisierung eine Schnellfiltration auf jeden Fall vorzunehmen. Schreiber konnte freilich im Paderborner Wasser Gammaruskrebse von kaum sichtbarer Größe bis $1^1/_2$ cm Länge durch eine 35 Minuten anhaltende Ozonisierung abtöten, dagegen ließen sich Larven von Anchylostoma duodenale nicht mit Sicherheit durch Ozon vernichten.

Ob das zu behandelnde Wasser feste anorganische Bestandteile enthält, weist man durch Veränderung der elektrischen Leitfähigkeit nach, die desto stärker ist, je salzhaltiger das Wasser ist. Eine derartige schnelle Orientierungsmethode ist auch sehr zweckmäßig, weil man die chemischen Schwankungen im Wasser sogleich erkennen und danach die Ozonapparate einstellen kann.

Der zweite Faktor, die Menge des die Ozonanlage durchfließenden Wassers ist im allgemeinen die gleiche, vorausgesetzt, daß der Betrieb ordnungsmäßig ist und Reservoire vorhanden sind. Da in dem komplizierten Maschinenwerk

der Ozonanlage leicht Störungen und somit Unregelmäßigkeiten in den Wasser- und Ozonleitungen vorkommen können, sind in den modernen Ozonanlagen besondere Sicherungen vorgesehen, damit das Wasserwerk bei etwaigen Störungen sogleich automatisch stillsteht und Alarmsignale ertönen[1]), so daß also dank dieser Verbesserung der Bevölkerung durch ungenügend gereinigtes Wasser ein Schaden nicht zugefügt werden kann.

Sehr wichtig für den Sterilisationseffekt ist weiterhin die Konzentration der Ozonluft, schon um den jedesmaligen Verbrauch von Ozon festzustellen; vor allem richtet sie sich, wie aus den bisherigen Erörterungen hervorgeht, nach dem Gehalt des Wassers an organischer Substanz. Auch ist ein jedes Ozonwerk für ein bestimmtes Minimum einzustellen, das im praktischen Betriebe möglichst nicht überschritten werden soll.

Calmette erklärt eine Ozonkonzentration von 5—6 mg pro cbm zur Sterilisation für ausreichend; auch in Martinickenfelde verbrauchten Ohlmüller und Prall zu ihren Wassersterilisationen 3—5 mg Ozon pro cbm Wasser, womit selbst pathogene Bakterien, wie Typhus und Cholera, abgetötet wurden. In Schierstein kamen Proskauer-Schüder mit 1,7—2,3 mg Ozon pro cbm Wasser aus.

Auch der vierte für den Sterilisationseffekt bedeutungsvolle Faktor, nämlich die angewandte Menge der in die Sterilisationstürme gepreßten Ozonluft läßt sich durch einfache Sicherheitsvorrichtungen regulieren und stets gleichmäßig erhalten. Schüder schlägt vor, wegen des Gehaltes des Wassers an organischer Substanz, die von Ozon zunächst angegriffen wird, das Verhältnis von Ozonverbrauch und Oxydierbarkeit stets von Fall zu Fall festzustellen und immer etwas mehr Ozon zur Sterilisation anzuwenden, als für den Einzelfall als geringste Menge zur Sterilisation festgestellt ist. Ueberhaupt müssen, was besonders Schreiber betont, in Ozonwasserwerken stets Hygieniker und Elektrotechniker Hand in Hand arbeiten, das Verhältnis der vier genannten Faktoren zueinander prüfen und je nach dem Grade des bakteriologischen Erfolges ihre weitere Maßnahmen treffen.

Die bisherigen Ausführungen über die Leistungen des Ozons in der Wassertechnik decken sich völlig mit den Anforderungen des preußischen Ministerialerlasses (vom 23. April 1907) an Trinkwasser. Die betreffende Anleitung dazu lautet:

„Das zur Verwendung kommende Wasser muß frei sein von Krankheitserregern und solchen Stoffen, die die Gesundheit zu schädigen geeignet sind; auch soll die Sicherheit geboten sein, daß das Wasser solche nicht in sich aufnehme. Das Wasser soll möglichst farblos, klar, gleichmäßig kühl, frei von fremdartigem Geruch und Geschmack, kurz von solcher Beschaffenheit sein, daß es gern genossen wird."

Zur Erfüllung der letzten Bedingung gehört, daß dem gereinigten Wasser durch Ozon seine Mineralstoffe erhalten bleiben,

---

[1]) Daske: Die Reinigung des Trinkwassers durch Ozon. 1909.

da z. B. destilliertes Wasser einen faden Geschmack hat und durchaus nicht am zuträglichsten für den Organismus ist.

Auch der Forderung, daß das Gebrauchswasser in ausreichender Menge vorhanden sein muß, kann Ozon gerecht werden; denn in einer der jüngsten Anlagen, nämlich in Petersburg, werden täglich 45000 cbm Wasser ozonisiert. Demnächst wird dieses Werk auf eine Stundenleistung von 11000 cbm eingerichtet.

Es wirft sich nun von selbst die Frage auf, ob nicht durch andere, vielleicht gar einfachere Methoden gleichfalls ein hygienisch absolut zuverlässiges Wasser hergestellt werden kann. Hierfür käme, wie bereits erwähnt ist, nur die meistens übliche zentrale langsame Sandfiltration in Frage; denn es ist nicht in Abrede zu stellen, daß man durch diese unter Anwendung aller Kautelen auch ein hygienisch einwandfreies Wasser erhält, da ein vorher trübes Wasser durch Sandfiltration geklärt und sein Bakteriengehalt, wenn er auch noch so hoch ist, wesentlich herabgesetzt wird. Obgleich man heuzutage nur solches Rohwasser zu verwenden pflegt, das im Verhältnis zu seiner Menge pathogene Bakterien nur in ganz verschwindend kleiner Anzahl enthält, so kann man nach Oettingers Untersuchungen bei Sandfiltern aber niemals die völlige Gewißheit haben, daß z. B. auch alle Typhus- und Cholerakeime vernichtet sind, da auch bei durchaus fehlerfreien Betriebseinrichtungen und gewissenhafter Ausführung die Filtrationswirkung in einzelnen Wasserwerken unvollkommen werde und dann Volksseuchen zur Folge habe. So deckte sich bei der Typhusepidemie im Jahre 1889 in Berlin nach den Untersuchungen von Fränkel und Piefke[1]) das „Wasserfeld“ stets mit dem „Typhusfeld“, so daß mit Recht die Typhuserkrankungen einer mangelhaften Sandfiltration zugeschrieben werden konnten. Wenn nun freilich im letzten Jahrzehnt die durch infiziertes Wasser verursachten Epidemien in Großstädten infolge Vervollkommnung der Sandfilteranlagen nachgelassen haben, so wird man in diesen doch niemals ein hygienisch unbedingt einwandfreies, sondern nur ein infolge Herabsetzung der Infektionsgefahr auf ein Minimum immerhin hygienisch brauchbares Wasser erzielen. Auch ein Vergleich der Behandlung des Wassers durch Sandfilter mit derjenigen durch Ozon ergibt, daß der letzteren vom hygienischen Standpunkt aus der Vorzug gegeben werden muß.

Was zunächst die unvermeidlichen Betriebsstörungen betrifft, so sind diese in Ozonwasserwerken von keiner wesentlichen Bedeutung, wenn die vorher erwähnten automatischen Sicherungen vorhanden sind. Es ist somit völlig ausgeschlossen, daß hier Rohwasser in die Reinwasserleitung fließt. Dagegen kann es im Filterbetriebe zu erheblichen Störungen kommen,

[1]) Oettinger: Bakteriologische Kontrolle von Sandfilteranlagen. Zeitschrift für Hygiene; 1912.

z. B. nach einer längeren Regenperiode, so daß unzählige Bakterienmengen angeschwemmt werden, die einen Sandfilter leicht verstopfen können, in Ozonanlagen dagegen stets vernichtet werden. Während sich ferner Sandfilter erst durch Bildung einer Filterschicht „einarbeiten“ müssen, liefern Ozonwasserwerke sogleich ein einwandfreies Wasser. Da nun gerade in der heutigen Zeit ein Versagen der Wasserwerke die schwersten hygienischen Schäden nach sich zieht, muß man jedenfalls ein Werk vorziehen, wobei derartiges möglichst ausgeschlossen ist, was nach den vorstehenden Ausführungen für Ozonwasserwerke zutrifft.

Ein weiterer Vorzug der Wasserwerke mit Ozonanlagen ist ihre einfachere und sichere Ueberwachung; dazu kommt, daß hier die eingreifende Tätigkeit, soweit sie nicht automatisch geschieht, in den Händen der Ingenieure liegt, während in den Sandfilteranlagen sehr wichtige Arbeiten, wie z. B. die Reinigung, den Arbeitern obliegt.

Auch die bakteriologisch-hygienische Wasserkontrolle ist in Ozonanlagen einfacher. Bei den Sandfiltern muß durch tägliche bakteriologische Prüfungen das Reinwasser auf seine Keimzahl und mindestens zweimal wöchentlich auf Kolibazillen untersucht werden, was auch ich ein Jahr hindurch bei meinen täglichen Wasseruntersuchungen in Chemnitz ausführte. Wenn auch die Kolibazillen im Wasser nicht gerade zu erheblichen Gesundheitsstörungen führen, so deutet ihre Anwesenheit doch auf eine Verunreinigung des Wassers mit tierischen oder menschlichen Fäkalien hin; es können somit ebenso wie Kolibazillen auch Typhus- und Cholerabazillen in das Wasser hineingelangen. Außer der bakteriologischen Sandfilterkontrolle halten Flügge und Oettinger noch eine hygienische für erforderlich. In Ozonanlagen gestaltet sich dagegen die Kontrolle wesentlich einfacher. Wenn auch bei ihnen bakteriologische Untersuchungen von Zeit zu Zeit durchaus erforderlich sind, so genügt nach Schreiber für die tägliche Prüfung die Anstellung der Ozonreaktion. Fällt diese nämlich in dem Wasser, das gerade die Sterilisationstürme verlassen hat, noch positiv aus, so beweist der Ozonüberschuß die Zerstörung von organischer Substanz und Bakterien. Durch Vergleich mit einer Standardlösung kann man daher je nach dem Grade der Blaufärbung des ozonisierten Wassers ungefähr dessen etwaigen Bakteriengehalt bestimmen. Daß die so gewonnenen bakteriologischen Resultate befriedigend sind, hat die Praxis bewiesen. Während auf diese Weise in Sandfilteranlagen das Resultat erst in drei Tagen bekannt ist, ist man in Ozonanlagen auf der Stelle über einen etwaigen Keimgehalt unterrichtet. Der hygienische Wert dieser Tatsache liegt klar auf der Hand; denn in drei Tagen können durch pathogene Wasserbakterien bereits die schwersten Infektionen erfolgt sein, so daß eine Abwehr der Seuche dann nicht mehr möglich ist.

Nicht minder sind die Ozonanlagen den Sandfiltern in bezug

auf die tatsächlichen Erfolge überlegen: Zunächst ist es selbst bei den vollkommensten Sandfilteranlagen nicht möglich, etwaige gesundheitsschädliche chemische Stoffe in der Weise zu entfernen, wie dies mittels Ozon geschieht; dies ist aber vom praktisch-hygienischen Standpunkt aus ein großer Vorzug, da man so bei etwa eintretendem Wassermangel nötigenfalls auch ein an organischer Substanz reiches Flußwasser benutzen kann. Ferner wird der Sauerstoffgehalt des Wassers durch Filtration nicht vermehrt, was ebenfalls ein Vorteil der Ozonbehandlung ist. Auch läßt sich durch Sandfiltration nicht in dem Masse eine Klärung des Wassers erzielen, wie durch Ozon, insbesondere nicht bei durch Huminsubstanzen moorig gefärbtem Wasser. So berichtet Rideal, daß das für das Pariser Wasserwerk der Marne entnommene grünlichbraune und schwach trübe Wasser durch die Filtration nur wenig geklärt wurde, durch die anschließende Ozonisierung dagegen völlig.

Vor allem leistet der Ozon in bezug auf die Abtötung der Bakterien im Wasser erheblich mehr als die besten Sandfilter, durch die niemals eine völlige Sterilisation wie bei der Ozonanlage zu erreichen ist. Ohlmüller und Prall sprechen sich in dieser Hinsicht wie folgt aus:

„Durch die Behandlung des Wassers mit Ozon tritt eine beträchtliche Vernichtung der Bakterien ein; in dieser Hinsicht übertrifft das Ozonverfahren im allgemeinen die Abscheidung der Bakterien durch zentrale Sandfiltration."

Im Laufe der Jahre ist das Ozonverfahren außerdem so verbessert, daß damit eine völlige Sterilisierung des Wassers bewirkt wird und mit Sicherheit pathogene Bazillen, insbesondere die des Typhus und der Cholera, abgetötet werden, während dies durch Sandfilter nicht möglich ist, wie die von Zeit zu Zeit in Großstädten auftretenden Epidemien beweisen.

Am besten erkennt man die verschiedene Wirkungsweise der beiden Methoden, wenn Wasser aus der gleichen Quelle teils der Filtration, teils dem Ozonverfahren unterzogen wird. Eine derartige Beobachtung wurde mir in Chemnitz ermöglicht: Während bei der Ozonbehandlung 1 ccm Wasser keine oder höchstens 5—6 Keime enthielt, schwankte deren Zahl im filtrierten Wasser zwischen 30 und 130, stieg sogar, vermutlich nach einer Filterreinigung, auf über 2000 an, um sodann stets in der höchst zulässigen Grenze von 100 pro ccm zu bleiben. Während ich ferner im ozonisierten Wasser niemals Kolibazillen nachweisen konnte, fand ich diese im filtrierten recht häufig.

Auch mit den anderen Trinkwasserreinigungsmethoden, nämlich Zusatz von Kupfersulfat, ferner Lüftung und Koks-Rieseler Verfahren, verglich ich das gleiche ozonisierte Wasser und konnte stets dessen vorzügliche Beschaffenheit gegenüber den mit diesen Verfahren behandelten Wässern von mehr oder weniger mangelhafter Wirkungsweise feststellen.

Was nun die Kosten bei Einrichtung von Ozonanlagen betrifft, so stellten sich diese in Paderborn zuerst auf 2,18 Pfg., seit Erweiterung des Werkes einschließlich Amortisation etc. auf

2,73 Pfg. pro cbm gereinigtes Wasser; während sie in Sandfilteranlagen meist nur 0,2—0,6 Pfg. pro cbm betragen. In Chemnitz werden dagegen an elektromotorischer Kraft für 1 cbm ozonisiertes Wasser nur 0,9 Pfg. verbraucht. Bedenkt man nun, daß sich die Grunderwerbskosten für Ozonanlagen auch nicht entfernt so teuer gestalten, wie für die weit ausgedehnten Sandfilter, und daß demzufolge bei der Sandfiltration Verzinsung und Amortisation des Anlagekapitals wesentlich höher sind, so dürfte ihr Betrieb im großen und ganzen ebenso teuer wie der der Ozonanlagen sein. Auch Daske kommt auf Grund seiner von 1903—1907 gesammelten Erfahrungen zu dem Schluß, daß sich das Ozonverfahren besonders für größere Gemeinwesen nicht nur als finanziell durchführbar, sondern unter Umständen sogar als recht vorteilhaft erweist.

Dazu kommt, daß etwa notwendige Wasserwerkserweiterungen bei schnell wachsenden größeren Gemeinwesen viel einfacher und billiger bei dem auf Ozon eingerichteten Betriebe herzustellen sind, und sich ferner die Kosten der Ozonanlagen wesentlich verringern werden, wenn der Betrieb möglichst groß ist, am Orte sich eine elektrische Zentrale befindet, an die das Wasserwerk angeschlossen werden kann oder wenn z. B. das Rohwasser selbst sich zur Erzeugung der elektrischen Kraft benutzen läßt, was z. B. bei Talsperrenwasser der Fall ist und auch in Nizza geschieht. Demzufolge kann unter günstigen Umständen eine Ozonanlage nicht teurer als Sandfilter arbeiten; aber selbst wenn sie wirklich etwas kostspieliger ist, was bedeutet dies gegen den gewaltigen hygienischen Nutzen der Vernichtung aller pathogenen Infektionskeime und damit der Verhütung etwaiger Typhus- usw. Epidemien! In Paderborn haben z. B. die bisher fast alljährlich wiederkehrenden Typhusepidemien vollständig aufgehört, seitdem seit zehn Jahren das Ozonwasserwerk im Betriebe ist. Nimmt man nun als Wochenlohn eines Arbeiters 20 M., als Behandlungskosten 15 M. an, so beträgt die Geldeinbuße eines erkrankten Arbeiters 175 M., bei 100 Erkrankungen im Jahre 17 500 M., also mehr als die Kosten der ganzen Ozonbehandlung des Paderborner Trinkwassers betragen.

Grade mit Rücksicht auf die sichere Abtötung aller pathogenen Keime kann deshalb eine Ozonanlage selbst bei bereits bestehenden Sandfilteranlagen in Frage kommen, wenn Epidemien drohen oder bereits eingetreten sind! Denn die dadurch bewirkte Vermehrung der Betriebskosten könnte vom hygienischen Standpunkte doch nicht ins Gewicht fallen. Aber auch sonst können Ozonanlagen mit bereits vorhandenen Sandfiltern namentlich bei Betriebserweiterungen verbunden werden und zwar entweder so, daß diese durch Beschleunigung der Filtration als Schnellfilter für die nachfolgende Ozonbehandlung benutzt werden oder auch völlig unabhängig von einander, indem die Ozonanlagen hauptsächlich für die Reinigung des Reservewassers bestimmt sind. Diesem Zwecke dienen z. B. die Ozonwasserwerke in Chemnitz und Königsberg. Auch wenn wegen Platz-

mangel weitere Sandfilter nicht angelegt werden können, wird man praktisch den vergrößerten Betrieb auf Ozon einrichten.

Da ferner Oberflächenwasser nach dem Urteile der wissenschaftlichen Deputation „jeder Verunreinigung schutzlos preisgegeben ist", ist dieses für Ozonbehandlung besonders geeignet, sofern es nicht durch chemische Abwässer aus Industriegebieten verunreinigt ist. Wenn daher Städte zur Wasserversorgung unbedingt auf Flußwasser angewiesen sind, so kann nur eine Ozonisierung die Konsumenten vor Gesundheitsstörungen schützen.

Schließlich sei noch ein Vorteil des Ozons hervorgehoben: Wie bereits erwähnt ist, stellt die Firma Siemens & Halske auch transportable Ozonanlagen her, so daß sich selbst kleinere Betriebe ein gesundheitlich einwandfreies Trinkwasser verschaffen können. Wenn z. B. ein einziger Brunnen mit pathogenen Keimen verseucht ist, so kann er durch eine derartige Ozonbehandlung wieder brauchbar gemacht werden. Einen sehr hohen Wert haben solche Apparate besonders für Kriegszwecke und Tropenexpeditionen; sie kommen bereits in der österreichischen Armee in Anwendung und haben sich auch vor einigen Jahren auf dem Kriegsschauplatze in der Mandschurei bewährt. Wie wünschenswert gerade für die im Felde kämpfenden Truppen die Gewährung eines gesunden Trinkwassers ist, hat jüngst der Balkankrieg gezeigt, wo bekanntlich auf türkischer wie auf bulgarischer Seite die Cholera heftig wütete. Wenn durch solche transportablen Ozonanlagen selbst den größten Heeresverbänden im Felde ozonisiertes Wasser zur Verfügung gestellt werden kann, so können die verheerenden und die Kampffähigkeit der Truppen auf das schwerste schädigenden Seuchen gänzlich vermieden werden. Dasselbe gilt für Tropenexpeditionen.

Außerdem haben Siemens & Halske stationäre kleinere Ozonsterilisatoren hergestellt, die für die Wasserversorgung von Kasernen, Festungswerken, Villenkolonien und Schlössern in Betracht kommen und sicherer arbeiten als die üblichen Hausfilter. Segensreich könnten derartige Apparate in Landgemeinden wirken, deren Einwohner ihr Trink- und Gebrauchswasser Wasserläufen oder sonstigen Oberflächenwässern zu entnehmen gezwungen sind. Auch können solche Sterilisatoren zur Verbesserung des mitgenommenen Wassers auf Seedampfern sowie für Binnenschiffe zur Sterilisierung des Flußwassers in Frage kommen.

Die vorzüglichen Erfolge der Ozonbehandlung der Trinkwässer in Bezug auf die Verhütung von Seuchen, insbesondere von Typhus sind bereits vorher in dem Beispiel von Paderborn gezeigt. Aehnlich liegen die Verhältnisse in Hermannstadt, das auch von sehr schweren Typhusepidemien heimgesucht war, die die Veranlassung zur Errichtung eines Ozonwasserwerkes im Jahre 1909 gab; seitdem ist die Stadt von Typhusepidemien verschont geblieben. Das gleiche gilt für Petersburg, wo sich das Ozonwerk in hygienischer Beziehung so gut bewährt hat,

daß kürzlich $10^1/_2$ Millionen Rubel für die Ozonisierung des gesamten Trinkwassers bewilligt sind. Auch die weitere alljährliche Errichtung von Ozonanlagen legen den Beweis für ihre großen hygienischen Vorzüge ab. Niemals gab das ozonisierte Wasser zu irgend welchen gesundheitlichen Bedenken Anlaß; überall hat sich die vereinfachte bakteriologische Kontrolle stets bewährt.

Wenn nun gerade in Deutschland das Ozonverfahren noch wenig Eingang gefunden hat, so liegt dies jedensfalls daran, daß die meisten Städte teils mit Grund- oder einwandfreiem Quellwasser versehen sind, teils Sandfilteranlagen besaßen, bevor die günstigen Wirkungen des Ozons entdeckt sind. Immerhin können etwa erforderliche Erweiterungen des Wasserwerksbetriebes auf eine Ozonbehandlung eingerichtet werden, wie z. B. in Königsberg und Chemnitz. Gerade in letzterer Stadt trat der hohe hygienische Wert einer Trinkwassersterilisation durch Ozon besonders hervor, da man hier zur Wasserversorgung auf den durch dicht bewohnte Gemeinden fließenden Zwönitzfluß angewiesen ist und eine Sandfiltration dieses Wassers der Stadt Chemnitz wohl nicht den genügenden gesundheitlichen Schutz gewährt hätte.

Auf Grund dieser Ausführungen und der günstigen Resultate des letzten Jahrzehnts kann man wohl behaupten, daß Ozon alle bisher angewandten Wasserreinigungsmethoden im hygienischen Erfolge bei weitem übertrifft und auch das Ziel der Wasserversorgungstechnik erfüllt, nämlich nicht nur eine sichere und von Betriebszufälligkeiten unabhängige Abtötung aller pathogenen Bakterien, sondern auch eine erheblichere Verminderung der harmloseren Kleinlebewesen, als dies durch die bisher üblichen Wasserreinigungsverfahren möglich ist. Mit Recht bezeichnet Fremy das Ozon für eine der wichtigsten Erfindungen der modernen Chemie; mit demselben Rechte kann man aber auch das Ozon als eine der wichtigsten hygienischen Entdeckungen erklären, da es ein wertvolles Mittel im Kampfe gegen Volksseuchen ist. Jedenfalls sollte ein Gemeinwesen, das seine Bevölkerung mit Oberflächenwasser versorgen will, stets eine Ozonbehandlung der nicht so wirksamen Sandfiltration vorziehen; denn nur dann wird die Stadt die sichere Gewähr haben, von vielen schweren Volksseuchen verschont zu bleiben.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

1. Bakteriologie und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

Ueber die Uebertragung von Krankheiten durch einheimische stechende Insekten. III. Teil. Von Prof. Dr. Schuberg und Dr. W. Böing-Berlin. Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt; 1914, 47. Bd., 3. H.

Nachdem den Verfassern die Uebertragung von Milzbrand durch den Stich von Stechfliegen bei kleinen Versuchstieren gelungen war, machten sie

Versuche an Schafen und einer Ziege. Ein Schaf verendete infolge der Infektion durch die Stomaxys calcitrans. Ueber die epidemiologische Bedeutung dieses Infektionsweges sind die Ansichten allerdings geteilt; die Verfasser halten sie namentlich in tropischen Gegenden für erheblich. Auch eine einwandfreie Beobachtung der Infektion eines Menschen auf dem besprochenen Weg liegt vor: Ein Mann wurde von einigen Fliegen gestochen, die auf dem Kadaver einer an Milzbrand verendeten Kuh gesessen hatten; er starb nach wenigen Tagen an Milzbrandsepticämie.

Die Uebertragung von Streptokokken durch die Stechfliege gelang ebenfalls. Zwischen Aufnahme und Abgabe der Keime lagen bis zu 24 Stunden.

Dr. Hutt-Langenbielau.

Wann soll man die von ansteckenden Krankheiten geheilten Personen aus dem Krankenhause entlassen? Von Giovanni Grixoni. Giornale di Medicina Militare; 1914, Bd. 1, H. 31.

Die Entlassung der Infektionskranken aus dem Krankenhause soll nur dann erfolgen, wenn die Krankheitskeime bei der bakteriologischen Untersuchung nicht mehr nachweisbar sind. Als Beispiel werden die guten Resultate angeführt, die man in Deutschland bei der Bekämpfung der Diphtherie und des Typhus erzielt hat. Auch den Verdachtsfällen muß man große Aufmerksamkeit schenken. Für die Unterbringung solcher Personen, die klinisch genesen sind, jedoch noch Bazillen ausscheiden, muß man unter Umständen besondere Stationen einrichten. Auch in der gegenseitigen Benachrichtigung zwischen Zivil- und Militärbehörden werden die Einrichtungen in Deutschland als mustergültig angeführt.

Dr. Dohrn-Hannover.

---

2. Cholera.

Pathologisch-anatomische Beobachtungen über einige Fälle von Cholera asiatica. Von Dr. M. Ciaccia-Venedig. Zentralblatt für Bakteriologie; 1914, 1. Abt., Org., Bd. 73, H. 3.

An den Leichen finden sich bei Cholera hauptsächlich 3 Veränderungen:

1. Besondere Starrheit der Haut, die sich von ihrer Unterlage nicht abheben läßt. Dieses „Hautzeichen“ kann nicht durch eine Austrocknung des Gewebes hervorgerufen worden sein, da es auch nach ganz raschem Krankheitsverlauf, in dem keine nennenswerten Durchfälle aufgetreten sind, beobachtet wird.
2. Vergrößerung, Hyperämie und fettige Entartung der Leber, die sich in gelben Flecken auf kirschrotem Untergrund bemerkbar macht. Mikroskopisch zeigen sich auch die Gefäßwandungen fettig entartet.
3. Fettige Entartung und Entzündung der Nieren.

In 7 von 148 Fällen konnten in den zwei, zur Untersuchung verwendeten Dünndarmschlingen keine Choleravibrionen gefunden werden. Man sollte deshalb stets auch die Gallenblase zur bakteriologischen Untersuchung heranziehen.

Dr. Hutt-Langenbielau.

Choleratherapie durch Infusion hypertonischer Kochsalzlösung, Jodtinktur und hypermangansaurem Kalium. Von Otto Löwy. Wiener klinische Wochenschrift; April 1914.

Verfasser hatte als Hilfsarzt der bakteriologischen Mission des österreichischen Roten-Kreuz-Vereins in Serbien Gelegenheit, über die in der Ueberschrift erwähnten therapeutischen Maßnahmen Erfahrungen zu sammeln. Seine Erfahrungen gehen dahin, daß die von Gaertner, Beck und Rogers empfohlene, von letzterem auch durchgeführte Therapie der Cholera durch Infusion hypertonischer Kochsalzlösung sich als durchaus wirksam erwiesen hat. — Die Verabreichung von Hypermahgan (Rogers) erwies sich ebenfalls als zweckmäßig. Es scheint den Permanganaten eine toxinzerstörende Wirkung innezuwohnen. — Ebenso unerläßlich erschien auch die Darreichung von Jodtinktur (Kraus), die einen gewissen Einfluß auf die Dauerausscheidung von Vibrionen besitzt.

Dr. Dohrn-Hannover.

---

3. Pest.

Zur Pestprophylaxe im Seehafen von Triest. Von Dr. M. Gioseffi. Wiener klinische Wochenschrift; 1914, Nr. 10.

Auf Grund seiner Beobachtungen in Triest fordert Verfasser, daß man die größte Aufmerksamkeit auf die Ratten zu lenken hat durch periodische, systematische, bakteriologische, präventive Untersuchung der Schiffs- und Hafenratten, um die unbemerkte Einschleppung der Pestbazillen schon beim ersten Erscheinen zu entdecken und so im Keime die mächtigste und gefährlichste Infektionsquelle zu ersticken. Dr. Dohrn-Hannover.

---

4. Epidemische Kopfgenickstarre.

Gesunde Kokkenträger während einer Meningitisepidemie. Von Dr. Y. Natvedt und Dr. A. Dilsen-Kristiania. Zentralbl. für Bakteriologie; 1913, 1. Abt., Org., Bd. 72, H. 6/7.

In Kristiania wurden 1911: 8 und 1912: 200 Fälle von epidemischer Genickstarre angemeldet. Die Sterblichkeit betrug 67 %. In der ersten Hälfte des Jahres 1913 ereigneten sich wieder 29 Erkrankungen, von denen 15 tödlich verliefen. In der Umgebung dieser Kranken wurden im ganzen 797 Untersuchungen auf Keimträger ausgeführt. Gram-negative Doppelkokken, die auf Ascites-Agar gut, auf gewöhnlichen Agar nicht wachsen, Dextrose säuern und nur durch spezifisches Serum agglutiniert werden, galten als Meningokokken. Es ergab sich nun die interessante Tatsache, daß unter diesen 797 Personen nur 4 Kokkenträger waren. Der Meningococcus ist also doch nicht so allgemein verbreitet, als man nach manchen Keimträgeruntersuchungen anzunehmen geneigt sein könnte. Dr. Hutt-Breslau.

---

5. Akute epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis acuta epidemica).

Keimträger bei Kinderlähmung. Von Privatdozent Dr. Carl Kling und Prof. Dr. Alfred Pettersson. Deutsche med. Wochenschrift; 1914, Nr. 7.

Nachdem es in einwandfreier Weise gelungen war, durch das Tierexperiment am Affen das Vorhandensein des Erregers der epidemischen Kinderlähmung in den Sekreten und Exkreten von Erkrankten festzustellen, haben die Verfasser die für die Epidemiologie und Bekämpfung der Kinderlähmung eminent wichtige Frage nach dem Vorkommen gesunder Zwischenträger experimentell geprüft. Sie gingen dabei so vor, daß sie eine möglichst große Menge — 1 Liter — Spülflüssigkeit aus Mund, Nase und Schlund gesunder Personen, die von Aerzten bei Personen in der Umgebung frischer Kinderlähmungsfälle gewonnen waren, mittels des Faust-Heimschen Schnelleindampfungsapparates bei + 35° bis 38° C. einengten, ohne das Virus zu schädigen und dieses alsdann Affen injizierten. Durch diese Tierversuche konnten sie in einwandfreier Weise den Beweis erbringen, daß in der von gesunden Familienmitgliedern stammenden Spülflüssigkeit aus Mund, Nase und Schlund der Kinderlähmungserreger enthalten war.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Beitrag zur Aetiologie der Heine-Medinschen Krankheit (Poliomyelitis acuta arterior). Von Dr. Lust und Dr. Rosenberg. Münchener med. Wochenschrift; 1914, Nr. 3.

In der Kinderklinik Heidelberg wurden von März bis Dezember 1913 71 ambulante spinale Kinderlähmungen behandelt. Bereits mit dem 4. Lebensjahr läßt die Altersdisposition nach. Die Sommermonate waren stärker belastet. Es ist Noguchi gelungen, den Poliomyelitis virus rein zu züchten. — In bezug auf die Ansteckungsart hat Wickman den kontagionistischen Uebertragungsmodus angenommen. Man konnte aber manche Erscheinung in der Epidemiologie mit einem Kontagium nicht im Einklang bringen, z. B. die Tatsache, daß die Krankheit relativ, ja oft sogar absolut häufiger in kleinen Ortschaften als in geschlossenen Städten auftritt. Auch in der Heidelberger Klinik konnte eine Uebertragung von Person zu Person nicht beobachtet werden. Als Zwischenträger nahm man die Haustiere, namentlich die Hühner an. Die Verfasser haben ebenfalls das Vorkommen von echten Lähmungen bei 4 Hühnern während der Epidemie erkennen können, sind aber in der Deutung des Zusammenhanges der

Hühnerlähmung mit der Kinderlähmung sehr vorsichtig. Sie negieren geradezu die Empfänglichkeit der Hühner gegen das Gift der akuten Kinderlähmung und erklären die pathologischen Befunde in dem Zentralnervensystem der Hühner, die sie gefunden haben, auf andere Weise.

Dr. Graßl-Kempten.

Ueber eine Anstaltsendemie von Heine-Medinscher Krankheit. Von Dr. Kern. Münchener med. Wochenschrift; 1914, S. 1053.

Auf der luetischen Abteilung für Kinder über 1 Jahr des großen Friedrich-Waisenhauses der Stadt Berlin in Rummelsburg erkrankten im Herbst 1913 5 Kinder an Heine-Medinscher Krankheit. Sie lagen alle im gleichen Saal. Da die Kinder vorher mit Salvarsan gespritzt waren, hätte man auch an eine Arsenikschädigung denken können; das klinische Bild war jedoch klar. Nach strenger Isolierung der kranken Kinder in Baracken und Auflassen des infizierten Saales hörte die Endemie auf. Dr. Graßl-Kempten.

Eine Poliomyelitisepidemie im Frühjahr 1912 in Lindaas-Nordang. Von Einar Aaser. Berliner klin. Wochenschrift; 1914, Nr. 4.

In der dünn bevölkerten Gegend mit schlechten Verkehrsverhältnissen bildet die einzige Uebertragungsmöglichkeit der Besuch der Schulen. In der Ferienzeit kamen nur ein Fall sicherer Poliomyelitis und 2—3 Fälle mit leichten Fieberattacken vor, als aber die Schule wieder geöffnet wurde, wurde die Krankheit weiter verbreitet. Bei der Erklärung der Verbreitung der Poliomyelitis müssen auch die leichteren, nur mit Fieber, aber ohne Lähmung einhergehenden Fälle berücksichtigt werden; wenn man nur die schweren Fälle in Betracht ziehen würde, ließe sich die Verbreitung nicht erklären.

Dr. Beintker-Düsseldorf.

Epidemische Poliomyelitis und Erkrankung von Hunden. Von R. H. Pierson, M. D., Caiptain med. Corps, United States Army; Fort Gibson, Alaska. The journ. of the am. med. ass.; 1914, LXII, Nr. 9.

Einer Poliomyelitisepidemie unter den Indianern einiger Fischerdörfern in Zentral-Alaska, die 30 Erkrankungen mit 4 Todesfällen im Herbst 1913 bewirkte, ging eine mit denselben Symptomen wie beim Menschen verlaufende Erkrankung unter den Hunden voraus, die im Juli begann und mit den Frösten des Septembers spontan endete. Zwischen Menschen und Hunden ist in Alaska der Kontakt ein besonders reger. Die Tiere ziehen im Winter die Schlitten, schleppen im Sommer die Boote, spielen mit den Kindern, teilen Hunger und Festtage mit den Besitzern; dazu kommt, daß es den Leuten in den gemeinsam benutzten Zelten an Reinlichkeit fehlt, und daß Fliegen in großer Zahl von den an Stangen zum Trocknen und Räuchern aufgehängten Fischen angezogen werden. Die Fliegen, die hier in Betracht kommen, stehen zwischen Haus- und Stallfliege, kommen nur in Alaska vor als „moose flies" (Elennfliegen). — Die Epidemien der Hunde ähneln den Pockenepidemien in ungeschützten Gegenden insofern, als auch sie die Tiere betreffen, die bis dahin nicht infiziert waren. Sie treten alle 3—4 Jahre auf, dazwischen kommen sporadische Fälle vor. Im inneren Augenwinkel beginnt eine schleimige oder eitrige Absonderung einzusetzen, daneben tritt Schnupfen auf, der Eiter wird dick, dunkelgelb; der Tod tritt nach 2—3 Tagen ein oder die Krankheit verläuft chronisch und dauert Wochen. Manchmal treten früh Konvulsionen, auch Lungensymptome auf; die schweren Fälle verlaufen mit Lähmung der hinteren Gliedmaßen.

Die Weißen in Alaska erkrankten nicht. Die Hunde leben hier an Ketten, von der Wohnung entfernt; die Leute sind reinlicher, die Häuser durch Fliegennetze geschützt. Dr. Mayer-Simmern.

Grundsätze zur Behandlung der Kinderlähmung. Von Robert W. Lovett-Boston. The journ. of the am. ass.; 1914, LXII, Nr. 4.

Im Jahre 1907 kamen in Massachusetts 234 Fälle von Kinderlähmung zur Kenntnis. 4 Jahre später wurden möglichst viele dieser Kranken von einem orthopädischen Chirurgen untersucht; es ergab sich, daß 25 % voll-

kommen wiederhergestellt waren, ob primär eine Behandlung stattgefunden hatte oder nicht. Es handelte sich nach der Krankengeschichte um Durchschnittsfälle, nicht um ausgesuchte Fälle. Die Empfehlung Flexners,[1]) der bei Affen zur Immunisierung Urotropin angewandt hatte, veranlaßte den Autor, in den frühen Stadien auch zu therapeutischen Zwecken Urotropin zu verordnen, anscheinend mit gutem Erfolge. Im Beginn ist nur Ruhe zu empfehlen, ebenso nach Ablauf des Fiebers. So lange Empfindlichkeit der Muskeln besteht, ist die Anwendung von Massage, Elektrizität und Uebungen zu widerraten, so schwer sich die Angehörigen und der Arzt hineinfinden. Gelenkversteifung ist nicht zu befürchten, eher Kontraktur der Achillessehne, die Pes equinus-Stellung bedingen könnte.

Die neuen Kenntnisse über das Wesen der Krankheit ermöglichen günstige Heilerfolge auch in vernachlässigten Fällen. Eine zeitliche Beschränkung für eine Besserung des Verlaufes scheint nicht zu bestehen; die orthopädische Chirurgie ermöglicht es, Jahr für Jahr die Prognose günstiger zu stellen. Dr. Mayer-Simmern.

6. Wochenbetthygiene und Wochenbettfieber.

Ueber eine neue Hautreaktion in der Schwangerschaft. Dr. Ernst Engelhorn und Dr. Herm. Wintz. Münchener med. Wochenschrift; 1914, S. 690.

Nach Eintritt der Konzeption finden nicht bloß lokale Veränderungen statt, sondern auch allgemeine. Während man früher diese Veränderungen auf nervöse Einflüsse zurückführte, haben die Untersuchungen in der Neuzeit gezeigt, daß die Drüsen mit innerer Sekretion (Schilddrüse, Hypophyse, Nebennieren) histologisch nachweisbare Veränderungen zeigen. Die verschiedensten Autoren waren in der Aufdeckung dieser Verhältnisse tätig; allgemein gültige Gesetze konnten aber bisher nicht gefunden werden. Nach dem Vorgange von Noguchi und Klausner, die Lues durch Impfung nachweisen, haben die beiden Autoren Plazentin intrakutan zur Verimpfung gebracht. Bei positiven Ausfall der Reaktion tritt an der Impfstelle eine entzündliche Schwellung und Rötung auf mit einer leichten braunen Verfärbung der Umgebung. Bei allen schwangeren Frauen war die Reaktion positiv; bei den nicht-schwangeren Personen negativ. Plazentin gibt also von der 7. Woche an eine positive Hautreaktion bei Schwangerschaft. Dr. Graßl-Kempten.

Die Abderhaldensche Schwangerschaftsdiagnose. Von L. Michaelis und L. v. Lagermarck. Deutsche med. Wochenschrift; 1914, Nr. 7.

Die Verfasser haben die Dialysiermethode Abderhaldens zur Feststellung der Schwangerschaft im bakteriologischen Laboratorium des Städt. Krankenhauses am Urban in Berlin nachgeprüft. Auf Grund ihrer mit anscheinend größter Sorgfalt vorgenommenen Untersuchungen kommen sie zu einer, soweit dem Referenten die Literatur über den Gegenstand bekannt ist, einzig dastehenden völligen Ablehnung dieser Methode. Sie können auf Grund ihrer Untersuchungen nicht bestätigen, daß das Serum von Schwangeren die von Abderhalden beschriebene spezifische Reaktion mit Hilfe der Dialysiermethode in einer für die praktische diagnostische Verwertung brauchbaren Weise gibt. Die angestellten Versuche haben die Verfasser zu der Ueberzeugung gebracht, daß es nicht an irgendeiner Schwierigkeit der Methode — Eiweißdurchlässigkeit der Dialysierhülsen, Biuretreaktion usw. — liegt, wenn die Abderhaldensche Reaktion bisher im Einzelfall praktisch nicht verwertbar ist, daß vielmehr in dem Serum Schwangerer ein spezifisches Ferment für Placenta von der von Abderhalden beschriebenen Eigenschaften nicht vorhanden ist, das in dem Serum von Nichtschwangeren oder Männern immer fehlt. Dr. R. Mohrmann-Stade.

7. Zoonosen (Milzbrand, Wut, Schweinerotlauf).

Die Vererbung der Wut. Von Dr. Conrádi-Kolozcvár. Zentralblatt für Bakteriologie; 1914, 1. Abt., Orig., Bd. 73, H. 4/5.

Das Wutvirus geht, aber abgeschwächt, von der Mutter auf die Frucht

[1]) Siehe diese Zeitschrift; 1912, S. 487.

über, und zwar schon sehr frühzeitig, Wochen und Monate vor dem Tod des Muttertieres. Der Hundebiß ist schon 14 Tage vor dem Ausbruch der Wut gefährlich; die im allgemeinen übliche Beobachtungszeit von 10 Tagen genügt also nicht. Dr. Hutt-Breslau.

Die Abtötung von Milzbrandsporen an Häuten und Fellen durch Salzsäure-Kochsalzlösungen. Von Dr. rer. nat. E. Hailer. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte; Bd. 47, H. 1.

H. machte Versuche mit einem von Schattenfroh zur Desinfektion milzbrandiger Häute und Felle empfohlenen Pickelverfahren. Er unterwarf Hautstücke von 6 an Milzbrand eingegangenen Rindern, von 1 Schaf, 1 Ziege und etwa 10 Meerschweinchen (diese Tiere erlagen künstlicher Infektion) in feuchtem, gesalzenem und getrocknetem Zustande einer Behandlung mit a. 1,1 % Salzsäure (1 Gewichtsteil Chlorwasserstoff in 100 Vol.) und 10 % NaCl., b. 2,2 % Salzsäure und 10 % NaCl., je bei 20° und 40°. Auf Grund dieser Versuche kommt er zu dem Schluß, daß sich wohl bestimmte Minimalzeiten, innerhalb derer in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine Desinfektion erreicht wird, ableiten lassen. Nicht zu empfehlen ist 1 % Salzsäure bei 20° wegen der langen zur Desinfektion nötigen Einwirkungszeit. Nach Kohnstein, Schattenfroh, Gegenbauer und Reichel ist das Pickelverfahren für Schaf- und Ziegenfelle unschädlich; ob aber auch für Rinderhäute ist nicht festgestellt.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Ueber das Auftreten von Schweinerotlaufinfektionen beim Menschen. Von Dr. Hundhammer-Tübingen. Ing. Diss. 1913.

Da die Infektionsquelle meistens bekannt ist, so ist bei dem auffallend langsamen Auftreten der blauroten, juckenden, unscharf begrenzten Verfärbung, die von einer Wunde an der Hand ausgeht, die Diagnose meist leicht zu stellen. Differentialdiagnostisch käme nur das Erysipeloid in Frage, dessen klinisches Krankheitsbild dem des Schweinerotlaufs so ähnlich sieht, daß eine sichere Unterscheidung der beiden unmöglich ist. Bisher hindert jedoch nichts, die beiden Erkrankungen auf dieselbe Ursache zurückzuführen. Wichtig ist hierfür besonders nach Rosenbach noch die Tatsache, daß die Agglutinationstitre dieselben sind und daß Schweinerotlaufserum auch gegen Erysipeloidinfektionen schützt. Aus diesen letzten Ausführungen ergibt sich ohne weiteres als Schlußfolgerung, daß es nicht nur bei festgestellter Diagnose angezeigt ist, Schweinerotlaufserum dem Menschen zu injizieren, sondern daß auch in allen suspekten Fällen möglichst bald an die Serumbehandlung gedacht wird, deren therapeutishe Wirkung in allen Fällen als eine verblüffend rasche geschildert und auch vom Verfasser als solche mehrfach beobachtet ist. Dabei ist die Serumanwendung völlig gefahrlos und nur in den ersten Stunden nach der Injektion etwas schmerzhaft.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

8. Krebs.

Serodiagnostik des Krebses. Von F. Yamamouchi und M. Lytchkowsky, l'Institut Pasteur. Zeitschrift für Immunitätsforschung und experimentelle Therapie. Bd. 20, H. 4.

Die Verfasser prüften 279 Sera von Krebs, anderweitig Kranken und Gesunden auf Komplementbindung. Als Antigen dienten ihnen Mikrokokken-Kulturen, aus Krebstumoren gezüchtet (identisch dem Micrococcus neoformans Doyen); zum Vergleich wurden Extrakte aus Staphylo-, Strepto-, Pneumo-Kokken, Coli, Hühner-Cholera, Sarzinen und Bac. subtilis verwandt; mit den 3 letzten kam keine, mit den anderen wechselnde Komplementbindung zustande. Mit dem Mikrokokken-Extrakt wurde Komplementbindung erzielt bei 137 Krebs-Sera; in 7 Fällen von noch lokalisierten, kleinen Brußkrebsen fiel die Reaktion negativ aus. Bei den weiteren 135 Untersuchungen, Geschwülsten etc. trat positive Reaktion auf bei 2 Sarkomen, einmal bei anscheinend gesundem 45jährigen Mann (Krebsfälle in der Familie) und zehnmal unter 44 Syphilitikern mit positiver Wassermannscher Reaktion (vielleicht handelt es sich auch hier noch um Krebs). Die Reaktion ist spezifisch für Krebs und besonders wichtig für die Diagnose tief liegender Krebstumoren.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

9. Pellagra.

Beiträge zur Symptomatologie der Pellagra. Von Dr. Julius Hatiegan und Dr. Adalbert Döri. Wiener klinische Wochenschrift; 1914, Nr. 16.

Bei 18 Pellagrakranken wurde eine sorgfältige Untersuchung des Mageninhalts und der Verdauung durch Probefrühstück, Röntgenverfahren und anderweitige Diätproben festgestellt. Die Resultate waren folgende:

1. Die Achlorhydrie oder Hypochlorhydrie des Magens ist ein ziemlich frühes und ständiges Symptom der Pellagra.
2. Die Pankreasfunktion zeigt keine wesentliche Aenderung.
3. Der medikamentöse Ersatz der fehlenden Magenenzyme ist bei der Behandlung der Pellegra — in jedem Stadium derselben — unbedingt berechtigt.

Dr. Dohrn-Hannover.

---

10. Sonstige Krankheiten.

Gelbsuchtsepidemien bei Kindern. Von Cameron Gibson, ass. tr. the med. off. of health, Cheshire. Vortrag vor der N.-W, Sektion des engl. Medizinalbeamtenvereins. Public health, XXVII, Nr. 6, S. 181—189, mit 4 Diagrammen.

Die vom Autor geschilderten Ikterusepidemien in Cheshire aus den Jahren 1911, 1912 und 1913 traten besonders auf dem flachen Lande und in den Spätherbst-Monaten auf. Betroffen waren meist Kinder, Mädchen mehr als Knaben, gelegentlich aber auch Erwachsene. Todesfälle traten nicht auf. Meist waren die Kinder nicht einmal bettlägerig. Die Krankheit begann mit Kopfschmerz, Benommensein, geringer Temperatursteigerung, Appetitlosigkeit und Gliederschmerz. Der Arzt diagnostizierte um diese Zeit meist Influenza. Dann traten Erbrechen, Leibschmerzen, Gelbsucht der Haut und Bindehäute, von verschiedener Intensität auf. Die Dauer betrug 1—5 Wochen. Es können nach dem scheinbaren Ablauf Rückfälle eintreten. Betroffen waren gleichmäßig die Kinder der Tagelöhner, der Ackerer und der Geschäftsleute. Die große Mehrzahl der kleinen Epidemien — von 34 waren es 29 — wurden in Dörfern, nur 5 in Städten beobachtet.

Hervorzuheben ist eine Uebersicht sämtlicher seit 1852 in England beobachteter Gelbsuchtepidemien, die der sorgfältigen Arbeit beigefügt ist.

Dr. Mayer-Simmern.

Ueber einen Befund von Diplococcus lanceolatus in Pemphigusblasen. Von Dr. Busson, Dr. Kirschbaum, Dr. Stanick. Wiener klinische Wochenschrift; 1914, Nr. 16.

Bei einem 8jährigen Mädchen, das an Scharlach erkrankt war, entwickelten sich in der 4. Krankheitswoche unter erneutem Temperaturanstieg Blasen mit zunächst serösem, später eitrigem Inhalt. Die Blasen heilten mit Hinterlassung von Narben. In diesem als Pemphigus bezeichneten Hautausschlag wurden Pneumokokken nachgewiesen. Die Ausgangspunkte der Pneumokokken-Infektion waren wahrscheinlich die Rachenorgane.

Dr. Dohrn-Hannover.

Ein Fall von Fliegenkrankheit (Myase rampante). Von Dantin, Balzer et Mlle. Landsmann. Bull. Soc. fr. de dermat. 1913 April. Referat in Dermatol. Zentralbl.; 8. 13.

Ein zwanzigjähriges breton. Bauernmädchen hatte im Sommer Ochsen und Kühe zu hüten, die aus den Ländern des Nordens und aus Schottland stammten. Gegen Ende Februar traten Schmerzen mit beträchtlichem Oedem der Halsgegend auf. Nach 8 Tagen Austritt einer Fliegenlarve in der Schläfengegend: eine zweite Larve kam in der Gegend der rechten Crista ilei zum Vorschein, eine dritte wanderte von der linken Schulter bis zum Hals. Starke Eosinophilie. Es handelte sich um Larven von Hypoderma bovis. Die Inokulation geschieht durch Eindringen der Eier nach Freiwerden der Larven im Magen. Die Larven perforieren den Darm und gelangen allmählich unter die Haut.

Dr. Wilcke-Konitz.

B. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Wohnungshygiene.

Die Atmosphäre. Von Prof. Leonard Hill, F. R. S., Vortrag vor der N.-W.-Sektion des engl. Medizinalbeamtenvereins, Manchester. Public health; 1914, XXVII., Nr. 7, S. 218.

Der Autor führt die Kopfschmerzen und das Unbehagen, das wir in heißen, überfüllten Räumen empfinden, nicht auf den Mangel an Sauerstoff und einen größeren CO_2-Gehalt, sondern auf eine Schwellung der Schleimhaut der Nase und der Nasennebenhöhlen zurück, die in solchen Räumen eintrete. Gegen die Annahme, daß eine O-Verarmung die Ursache sei, spricht, daß infolge der natürlichen Ventilation durch Ritzen, Fugen, durch die Zimmerdecke es sich höchstens um eine Differenz von 1 % gegenüber der Außenluft, also um ein Sinken des O-Gehaltes von 21 % auf 20 % handeln könne. Dabei müsse in Betracht gezogen werden, daß auf hohen Bergen der O-Partiärdruck nur 13 % zu betragen brauche und daß trotz des geringen O-Gehaltes nach Ueberstehen der Bergkrankheit vollständige Arbeitsfähigkeit beobachtet werde. Ferner besitze der Körper Mittel genug, um eine Verminderung des Sauerstoffs auszugleichen. Das Blut wird eingedickt, Wasser tritt in die Gewebe, die roten Blutkörperchen zirkulieren rascher, die Blutazidität ändert sich, das Haemoglobin und die Zahl der roten Blutkörperchen nehmen zu.

Auch die Zunahme der CO_2 sei nicht die Ursache des Unbehagens in überfüllten Räumen, ebensowenig wie das Vorkommen eines chemischen, organischen Giftes in der ausgeatmeten Luft. Wesentlich sei die Reinlichkeit der Haut; der unangenehme Geruch stamme hauptsächlich von den unsauberen Körpern und schmutzigen Kleidern.

Bei Untersuchung der Frage, wie atmosphärische Zustände das Befinden und die Gesundheit beeinflussen, betont Hill besonders den Staubgehalt. Dr. Collis vom Home office hat auf die Zunahme der Schwindsucht bei Arbeitern, die kieselsäurehaltigen Stein verarbeiten, hingewiesen, während Kalksteinarbeiter nicht tuberkulös werden. Hill nimmt an, daß pflanzlicher und tierischer Staub, Staub von Kohle und Kalkstein zwar Atemnot („Asthma") bedinge und die Atmungsfähigkeit der Lunge herabsetzen, Kieselstaub aber Tuberkulose aus dem Grunde, weil er Reizerscheinungen mache und im Körper nicht aufgelöst werden könne. Er bespricht Apparate, die von ihm angegeben sind, um solchen Staub in den Werkstätten vom Gesicht des Arbeiters wegzusaugen. Das Fehlerhafte mancher moderner Lüftungseinrichtungen wird erwähnt. Der Autor tritt für die Bedeutung der Freiluftbehandlung bei Infektionskrankheiten, sowie für den Wert einer frischen, kühlen, sich bewegenden Luft ein. Die Richtung müsse variieren, dürfe nicht eintönig sein — dann sei die Luft von wesentlicher, gesundheitfördernder Bedeutung.

Dr. Mayer-Simmern.

Städtische Freiflächen und Familiengärten. Flugschrift von Dr. Christian, Stabsarzt a. D.

Die von der Zentralstelle für Volkswohlfahrt herausgegebene vom Stabsarzt a. D. Dr. Christian verfaßte Flugschrift ist bestimmt, das Interesse von staatlichen und städtischen Behörden, Versicherungsanstalten, gemeinnützigen Vereinen und der breiten Oeffentlichkeit auf die Frage zu lenken, wie am schnellsten und zweckmäßigsten die gesundheitlichen, sittlichen und wirtschaftlichen Schädigungen der heutigen städtischen Wohnweise auszugleichen sind. Ein sehr wichtiges Hilfsmittel hierzu ist die Erweiterung des Lebensraumes für die Stadtbevölkerung durch Bereitstellung von Grünflächen zur Erholung und gesundheitlichen Kräftigung von jung und alt in der Natur. Drei verschiedene Arten des „sozialen Grüns" werden gesondert besprochen.

A. Die Volksparks, Volksgärten und ähnliche Anlagen, für die in vieler Hinsicht die englischen und amerikanischen Verhältnisse zum Vorbild dienen können, sind in den deutschen Großstädten sowohl nach Zahl und Größe, wie nach ihrer technischen Anlage völlig unzureichend. Nur sechs Städte (Berlin, Breslau, Cöln, Dresden, Magdeburg und München) besitzen heute mehr als 200 ha Parkanlagen, im Durchschnitt kommt auf den Kopf nur ein Freiflächenareal von 4—5 qm. Berlin besaß Ende 1913 einschließlich der staatlichen Gelände 2,8 qm für den Kopf der Bevölkerung. Gefordert wird die

Erhaltung eines Wald- und Wiesengürtels um die Stadt herum, die Anlage von Grünzügen als Verbindung zwischen den einzelnen Grünflächen und die Herstellung von Grüninseln über den ganzen Stadtplan verteilt. Die bereits verbauten Stadtteile sollen von den angrenzenden neueren Stadtteilen nach dieser Richtung mitversorgt werden. Die Volksparks sollen ferner dem Erholungsbedürfnis der Massen mehr als bisher angepaßt werden, d. h. Raum und Gelegenheit für alle edleren Volksvergnügungen, namentlich Spiel und Sport bieten.

B. Die Spielplätze sind Freiflächen, die eine besonders gute Ausnutzung des Geländes für die gesundheitliche Kräftigung, namentlich der Jugend, gestatten. Auch ihre Zahl ist vorläufig noch viel zu gering, doch schreitet sie in den letzten Jahren rasch vorwärts. Für je 900 Gemeindeschüler zwischen 10 und 14 Jahren ist bei Einhaltung zweier Spielnachmittage 1 ha Spielfläche erforderlich, ein Ausmaß, das auch für das Bedürfnis der höheren Schulen und Schulentlassenen ausreicht. Auch hier dürfte das englische und namentlich das amerikanische Beispiel befruchtend auf die Frage der technischen Ausgestaltung wirken.

C. Die Wichtigkeit der Familiengärten und anderer Gartenkolonien für die Stadtbevölkerung in gesundheitlicher, sittlicher und wirtschaftlicher Beziehung ist im Gegensatz zu den sogenannten städtischen Freiflächen bisher nur von wenigen Stadtverwaltungen erkannt worden. Die Hausgärten sind durch die städtische Siedlungsweise fast völlig verschwunden; nur wenige Prozent der Wohnungen in den größeren und mittleren Städten besitzen noch Hausgärten. Auch der Ersatz der Hausgärten durch sogenannte Familiengärten in Gartenkolonien ist noch sehr weit zurück. Wenn man annimmt, daß die Hälfte aller Haushaltungen das Bedürfnis nach einem Garten hat, so wird dieses Bedürfnis von den vorhandenen Gärten in keiner Stadt auch annähernd befriedigt. Bremen kommt diesem Verhältnis mit 1/3 des errechneten Bedarfes am nächsten, dann folgen Leipzig mit 1/4—1/5, Groß-Berlin mit 1/8 und Kiel mit 1/9. Alle anderen Städte bleiben hinter diesen bescheidenen Zahlen noch weit zurück. Durch die richtige Ausgestaltung des Kleingartens, die in großen Zügen geschildert wird, kann der Stadtbevölkerung aber ein großer Segen erwachsen. Zu diesem Zweck und zum Schutz des Gartenpächters gegen Ausbeutung und ungünstige Pachtverträge, müssen die Stadtverwaltungen ihre Hand bieten, indem sie für Bereitstellung des nötigen Gartenlandes aus eigenen Mitteln oder denen gemeinnütziger Vereinigungen sorgen, die Einrichtung und Organisation selbst übernehmen oder besonderen Vereinigungen unter Kontrolle der Pachtverträge übertragen und durch Bau von Straßenbahnen, Wegen, Wasserleitungen etc. die Entwicklung der Kolonien fördern.

Die Flugschrift ist zum Preise von 0,40 Mark von Carl Heymann's Verlag, Berlin W. 8., Mauerstraße 43/44, oder von der Zentralstelle für Volkswohlfahrt, Berlin W. 50., Augsburgerstraße 61, zu beziehen.

---

2. Abwasserbeseitigung.

Welche Vorteile bieten Anpflanzungen an Kläranlagen? Von Dr. H. Helfer. Wasser und Abwasser; Bd. 8, Nr. 1.

In der Mitteilung wird in eindringlicher Weise auf die große mannigfaltige Bedeutung der Anpflanzungen in der nächsten Umgebung an Kläranlagen hingewiesen und insbesondere auch eine sehr interessante Seite des Nutzens dieser Anpflanzungen: die Erhaltung und den Schutz unserer heimischen Vogelwelt, beleuchtet. Als Vorteile von Anpflanzungen bei Kläranlagen führt Verfasser folgende auf: Der Grund und Boden wird in praktischer Weise ausgenutzt; die Anlage wird rein äußerlich verschönert und den Augen des Publikums entzogen. Die Geruchsbelästigungen werden wesentlich gemindert bezw. beseitigt. Es wird ein erheblicher Schutz sowohl gegen Verwehungen von Sprinklern und Streudüsen geboten, als vor Verwehungen von Mücken und Fliegen gegeben. Durch eine ungewöhnliche gute Gelegenheit — Schutz vor Publikum pp., gute Nist- und außergewöhnliche reiche Nahrungsgelegenheiten — dienen derartige Anpflanzungen um Kläranlagen geradezu als Vogelschutzgehölz, wenn sie sachgemäß ausgeführt sind; sie bewirken dadurch auch eine Verminderung der Insektenplage. Dr. R. Mohrmann-Stade.

---

3. Gewerbehygiene.

Der gewerbeärztliche Dienst. Vortrag gehalten am 9. Oktober 1913 im Seminar für soziale Medizin der Ortsgruppe Berlin des Verbandes der Aerzte Deutschlands. Von Dr. Fr. Koelsch, Kgl. Bayer. Landesgewerbearzt in München. Halbmonatschrift für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik.

Wir stehen hinter verschiedenen anderen Kulturstaaten zurück in bezug auf die Mitwirkung des Aerzte-Elements beim Vollzuge der Arbeiter-Schutzgesetze. Nur in relativ seltenen Fällen werden die Aerzte zur gelegentlichen Mitarbeit herangezogen: Kassenärzte, Amtsärzte usw. Und doch ist auf dem Grenzgebiet, wie es der Gewerbeaufsichtsdienst eben ist, nötig, daß die beiden maßgebenden Faktoren, Arzt und Techniker, zusammenarbeiten. Diese Erkenntnis hat die süddeutschen Bundesstaaten bereits veranlaßt, Mediziner in engere Beziehungen zum Gewerbe-Aufsichtsdienst zu setzen. Bayern hat einen Landes-Gewerbearzt, dessen Tätigkeit folgenden Umfang hat:

1. Sachverständigentätigkeit für die Zentralstelle, für die K. Gewerberäte und sonstigen Behörden.
2. Mitwirkung bei der Durchführung der Arbeiterschutzgesetze:
   a) Revisionen in Fabrik- und Heimarbeit, Sammlung und Bearbeitung des anfallenden Materials;
   b) Organisation und Kontrolle der „Untersuchungsärzte“;
   c) Fürsorge für erste Hilfe;
   d) hygienische Untersuchungen als Grundlage für behördliche Auflagen.
3. Aufklärende Tätigkeit durch Vorträge und Referate, für Aufsichtsbeamte, Aerzte, Arbeiter, Fortbildungsschüler usw.; Beratung in Sprechstunden.
4. Selbständige wissenschaftliche Arbeiten, wie die berufliche Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik; Serienuntersuchungen in einzelnen Berufszweigen; experimentelle Arbeiten im Laboratorium; klinische Beobachtungen über Gewerbepathologie und Therapie usw. usw.
5. Förderung der verschiedenen sozialhygienischen Probleme, soweit sie die gewerblichen Arbeiter und deren Milieu betreffen.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Eigenartige Narkosezustände nach gewerblicher Arbeit mit Chlormethyl. Von Dr. A. Gerbis. Münchener med. Wochenschrift; 1914, S. 879.

Durch Reinigung des Gasometers erlitten Arbeiter eine Einatmung von Chlormethyldämpfen; hierauf traten eigenartige Sehstörungen und ein sehr lange dauernder rauschartiger Zustand ein, der sich in Erregung und nachfolgender Schlafsucht äußerte. Dr. Graßl-Kempten.

Ueber Vergiftungen durch nitrose Gase. Von Dr. Rud. Tetzner. (Aus der Unfallnervenheilanstalt Bergmannswohl, Schkauditz. Medizinische Klinik; 1914, Nr. 17.

Nitrose Gase-salpetrigsaure Dämpfe (ein Gemisch von Untersalpetersäure, salpetrige Säure, Stickstoffoxyd oder Oxydul) entstehen aus salpetersauren Salzen, Nitroverbindungen, bei Berührung von Holz und Metall mit Salpetersäure, z. B. Beizen von Metallgegenständen, bei der Schwefelsäurebereitung. Nach Einatmung nitroser Gase sind zahlreiche Erkrankungen und Todesfälle beobachtet, so bei Feuerwehrleuten nach dem Brande chemischer Fabriken, nach Bestreuen von verschütteter Salpetersäure mit Sägespänen. Selbst Einatmung nitroser Gase im Freien während weniger Minuten hat bedrohliche Krankheitserscheinungen ausgelöst. Eigentümlich und oft beobachtet ist, daß die betr. Personen sich nach der Einatmung mehrere Stunden wohl fühlten, um dann noch schwer zu erkranken und zu sterben. Im Vordergrunde stehen Symptome von seiten des Respirationstraktus, die durch Methämoglobinbildung bedingt sind; Methämoglobin und Eiweiß finden sich mitunter im Harn. Im weiteren Verlaufe der Erkrankung treten Hämoglobinverminderung und nervöse Symptome auf, die vielleicht durch die Einwirkung des veränderten Blutes auf Gehirn und Rückenmark bedingt sind. Die erste Hilfe besteht in Zufuhr frischer Luft und sorgfältiger ärztlicher Ueberwachung, trotz Wohlbefindens in den ersten Stunden

nach der Einwirkung. Verfasser beschreibt dann einen Fall, der sich in einer Trinitrotoluolfabrik ereignete. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Die Beschäftigung verheirateter Frauen in englischen Fabriken. Von H. H. J. Hitchon, med. off. of health, Präsident der N.-W.-Sektion des englischen Menizinalbeamtenvereins. Presidential address. Public health; XXVII., 1914, Nr. 4, S. 114.

In einem Berichte des Grafschaftsarztes für Kent, Dr. Greenwood[1]) an das Home office aus den Jahren 1908 und 1909 ist gesagt, daß in Blackburn von den in der Fabrik beschäftigten verheirateten Frauen 71 % arbeiteten, um das Einkommen der Familie zu erhöhen, und 19 %, weil sie gewerbliche Tätigkeit jeder anderen vorzogen; in 10 % war die Mutter die einzige oder hauptsächliche „Einkommenquelle" der Familie. Schätzungsweise sind in Textilfabriken 142 900 verheiratete Frauen, im Baumwollenbetrieb 85 000 beschäftigt.

Das Heben zu schwerer Gewichte kann Prolaps des Uterus sogar bei jungen, kräftigen, gesunden unverheirateten Personen zur Folge haben. Die Ueberanstrengung ist in den meisten Zweigen der Baumwollindustrie zu groß, besonders wenn in den Abendstunden noch die Pflichten eines schweren Haushalts dazu kommen. Die Zahl der Fehlgeburten ist bedeutend; für ihr Vorkommen sind die durch die Beschäftigung bedingte Schädigung des Allgemeinbefindens, die Ueberanstrengung und ungenügende Ernährung von größerer Bedeutung, als Lues und Alkohol. Nur in weniger häufigen Fällen werden Abortivmittel gebraucht, wie Sabina, Koloquinthen, Diachylon. Totgeburten fand Greenwood in Blackburn mehr bei solchen Frauen die nicht gewerblich beschäftigt waren; immerhin waren sie doch in früheren Jahren in Fabriken tätig gewesen. Robertson[2]) fand für Birmingham Totgeburten unter den Kindern von industriell beschäftigten Frauen häufiger. Wahrscheinlich ist in Fabrikstädten das Verhältnis der totgeborenen zu den lebendgeboren Kindern 4—5:100, auf dem Lande dagegen wesentlich geringer. Die Schwangeren arbeiten eben zu angestrengt und bis kurz vor der Entbindung in schlecht gelüfteten Räumen. Frühgeburten sind ebenfalls in Fabrikstädten sehr häufig. Die Zahl der Kinder war nach Greenwood in Blackburn bei den industriell beschäftigten Frauen im Durchschnitt 2, die Zahl der von anderen Frauen lebendgeborenen Kinder dagegen mehr als 4. Für Birmingham fand Robertson dasselbe Verhältnis; die Zahlen waren hier 2,8 und 3,8.

Das Insurance act gewährt zwar heute in den ersten 4 Wochen nach der Entbindung 7 s 6 d pro Woche; es ist aber auch in Erkrankungsfällen der Mutter schwer, eine Unterstützung über diese 4 Wochen hinaus zu erlangen. Notwendig sind gesetzliche Vorschriften, die das Heben von Gewichten durch schwangere Frauen in Fabriken verbieten. Alle Totgeburten sollten standesamtlich gemeldet und die Leichen ärztlich besichtigt werden. Arbeit in Fabriken sollte 3 Monate vor und 6 Monate nach der Entbindung verboten sein; der Staat sollte während dieser erzwungenen Arbeitsunterbrechung einen Ersatz für den Lohnausfall beschaffen.

Die in England und im Ausland bestehenden Einrichtungen der Schwangerenfürsorge werden besprochen. Dr. Mayer-Simmern.

Das Mindestalter für die Zulassung der Kinder zur Erwerbsarbeit. Von Dr. P. G. Müller. Die Jugendfürsorge; 1913, Nr. 9.

Es ist notwendig, bei der gesetzlichen Regelung der Kinder in Haus- und Landwirtschaft von vornherein die Zulassung der Kinder zu dieser Erwerbsarbeit nicht bloß vom Erreichen eines bestimmten Lebensalters, sondern auch von der Zustimmung der Schule und des Schularztes abhängig zu machen und bei dieser Gelegenheit das Kinderschutzgesetz von 1903 in diesem Sinne zu ergänzen ist. Dr. Wolf-Witzenhausen.

[1]) Vergl. diese Zeitschrift; 1907, S. 335 (Die Baumwollindustrie von Blackburn).

[2]) Vergl. diese Zeitschrift; 1910, S. 498.

4. Nahrungsmittelhygiene.

Einige Vergiftungen durch Nahrungsmittel und ihre Prophylaxe durch Küche und Speisekammer. Von Dr. Rasser-Dresden. Gesundheit; 1913, Nr. 21.

Der Verfasser bespricht zunächst die sog. Vanille-Vergiftungen und kommt zu folgendem Schluß; 1. Vanille und Vanillin sind an sich ungiftig, wie selbstverständlich auch die Vanilleschote. 2. Die mit Vanille und Vanillin hergestellten Speisen sind in frischem Zustande ebenfalls ungiftig. Nur bei längerem oder kürzerem Aufbewahren können solche Speisen, falls die geeigneten Bakterien hinzutreten, Giftwirkungen annehmen. Mit der Benutzung metallenen Geschirrs verhält es sich ebenso wie mit allen anderen Speisen, hauptsächlich auch bezüglich der Aufbewahrung. Alsdann geht der Verfasser auf die Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftungen ein, erörtert die Veränderungen der Milch und Molkereiprodukte und warnt vor dem Gebrauch des Natureises. Er verlangt in jeder Speisekammer einen dicht schließenden Fliegenschrank, der Wattelagen oder ein Luftfiltertuch zwischen das Drahtgeflecht verlangt. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber Beziehungen zwischen Verdorbensein und Alter der Hühnereier. Von Dr. Kühl-Kiel. Heilanstalt; 1914. Nr. 1.

Ein spezifisch leichtes und somit altes Ei ist nicht frisch, es besitzt nicht mehr den angenehmen Geschmack frisch gelegter Eier, aber es ist durchaus genießbar, wenn es nicht durch Mikroorganismen zersetzt wurde. Die Bezeichnungen „vollfrische Trinkeier — frische Trinkeier" sind irreführend und deshalb nicht zulässig. Im reellen Handel würde man mit drei Bezeichnungen gut auskommen: 1. Frische Eier — Alter 8 bis 10 Tage. 2. Eier — Alter bis vier Wochen. 3. Kocheier — als solche können alle unverdorbenen Eier verkauft werden. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Gesundheitliche Nachteile durch rohe Milch. Von Prof. Dr. Rullmann-Darmstadt. Blätter für Volksgesundheitspflege; 1913, Nr. 9.

Die richtig pasteurisierte Milch gibt die Gewähr, daß auch in ihr alle krankheitserregenden Bakterien abgetötet und die wichtigsten Nährbestandteile der Milch ungeschädigt vorhanden sind. Da im Interesse einer allgemeinen billigen Ernährung ein niedriger Preis für die Milch Grundbedingung bleiben muß, so wäre schon viel geholfen, wenn die vielfach ergangenen Aufklärungen und Belehrungen an die meist bäuerlichen Viehhalter mehr beachtet und die Produzenten zur ausgiebigen Verwendung von Seife und Wasser beim Melken der Kühe und beim Reinhalten der Melkgefäße angehalten würden. Ferner ist auch der Gesundheit des Melkpersonals und vor allen Dingen des Melkviehs erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen sowie der in den meisten Gegenden unterlassene Weidegang wieder einzuführen. Trotz aller Vorsichtsmaßregeln gehören aber Infektionen immer zu den Möglichkeiten; so lange daher nicht eine allgemeine Pasteurisierung der Milch erfolgt, sei, gestützt auf das Gutachten hervorragender Hygieniker, vor Genuß roher, nicht abgekochter Milch zu warnen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Konservierung der Milch durch Trocknen. Von George H. Simmons, Herausgeber des Journals of the am. med. ass. The journ. of the am. med. ass.; 1913, LXI., Nr. 25, S. 2247.

In den Vereinigten Staaten stehen zurzeit 3 Verfahren in Gebrauch, um getrocknete Milch herzustellen, die alle durch Patente geschützt sind. Bei dem Ekenbergschen Verfahren wird die Milch unter konstantem Druck auf die innere Oberfläche eines rohrenden Zylinders verstäubt und in partiellem Vakuum bei verhältnismäßig niedriger Temperatur getrocknet. Bei einer zweiten Methode, bei der mehr die billigen Sorten zur Anwendung gelangen, wird die vorher eingedickte Milch auf die äußeren, völlig geglätteten Flächen rotierender Stahltrommeln verstäubt. Hier trocknet sie sofort bei einer Temperatur von 230° F. und wird dann durch scharfe Messer abgeschabt. Bei dem Bénevot-de-Nevenschen Verfahren entsteht ein völlig anderes Produkt. Das Verfahren besteht in Konzentration der Milch im Vakuum, Verstäuben unter hohem Drucke in einer

großen Trockenkammer, wo die „Wolke“ der fein verteilten Partikel durch einen Strom heißer Luft umgeben wird und dann sofort eintrocknen. Es entsteht ein Pulver, daß die Eigenschaft der ursprünglichen Milch zum Teil beibehält. Abgesehen vom Geschmack scheinen die Produkte einwandfrei zu sein; in den Pariser Säuglingskliniken gelangen sie bereits zur Anwendung.

Zitiert ist die Arbeit von Contis (diese Zeitschrift 1913, S. 591); nicht erwähnt die von C. Killick Millard (diese Zeitschrift 1910, S. 851), in der die Anwendung getrockneter Milch in der Säuglingsfürsorgestelle in Leicester und ihre Erfolge dargestellt werden. Dr. Mayer-Simmern.

Die behördliche Kontrolle der Milchversorgung in Amerika. Nach einem in der am. med. ass. on med. education an legislation in Chicago gehaltenen Vortrag. Von Edwin O. Jordan, Prof. der Bakteriol., Chicago. The journ. of the am. med. ass.; 1913, LXI., Nr. 26, S. 2286.

Auf eine vom Autor an 229 Städte der Vereinigten Staaten gerichtete Rundfrage antworteten 173. Die Tuberkulinprobe halten 33 % für nötig; bakteriologische Grenzzahlen für rohe Milch — zwischen 100000 und 5 Millionen — empfehlen die meisten großen Städte. Mittlere Städte, denen Laboratorien zur Untersuchung fehlen, legen darauf kein Gewicht. Pasteurisieren der Milch findet in 30 % der Städte über 100000 Einwohner für die Hälfte oder mehr des ganzen Bedarfs statt. Innerhalb der letzten 10 Jahre ist der Detailverkaufspreis der Milch um 2—3 Cent pro Quart gesunken. Die Kontrolle ist eine energische geworden. Die Landleute widerstreben aber einer Aufsicht besonders aus dem Grunde, weil die Inspektoren sehr oft keine genügende Ausbildung genossen haben, die ländlichen Verhältnisse nicht kennen und daher mehr schikanieren, als die Sachlage genau untersuchen. Anderseits bestehen oft Kollisionen zwischen den maßgebenden Stellen der Städte und der Staaten, die das Eingreifen der Gerichte zur Entscheidung nötig machen. Die Gefahr, daß benachbarte landwirtschaftliche Bezirke die Milchversorgung der Städte schädigen, um ihren eigenen Interessen zu dienen, hat bereits bestanden; „zum Glück herrscht oft der Geist eines ehrlichen Spiels vor.“

Die Regelung des Verkaufs der Milch an Häuser, die ansteckende Kranke beherbergen, ist keine einheitliche. In bezug auf Reinigung, Auskochen der Kannen werden an den Milchlieferanten manchmal übertriebene Ansprüche gestellt. Wertvoll ist eine gerichtliche Entscheidung des Supreme Court der Grafschaft Delaware, die darlegt, daß es der Stadt New York gestattet sein muß, unhygienische Milchställe durch ihre eigenen Beamten kontrollieren zu lassen. Der Aufsatz ist eine beachtenswerte Ergänzung zu der Arbeit von E. Schulze. „Die Bewegung für reine Milch in den Vereinigten Staaten.“[1]) Dr. Mayer-Simmern.

Die Nahrungsmittelkontrolle in Berlin. Von Reg.-Rat Prof. Dr. Juckenack, Berlin. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1914, Nr. 1.

In der Novembersitzung der Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege besprach Verfasser die Organisation und die Resultate des Nahrungsmittel-Untersuchungsamtes, das mit einem Medizinalrat und einem Veterinärrat zusammen die ihm obliegenden Geschäfte bearbeitet. Es werden nicht nur die Räume kontrolliert, wo die Nahrungsmittel, Spielwaren usw. feilgehalten werden, sondern auch die, wo diese Gegenstände hergestellt und verpackt werden.

Fleischbeschau mit Schlachthauszwang gehört nicht zu den Obliegenheiten des Nahrungsmittel-Untersuchungsamtes; dies tritt erst in Tätigkeit, wenn das Fleisch in den Handel kommt. Das Amt besteht aus einem Leiter, zwei Abteilungsvorstehern, zwölf Chemikern und dem nötigen Bureaupersonal. In der Nahrungsmittelkontrolle sind besonders für Milch, Butter, Wein besondere Spezialisten tätig. Bei der Milch ist der Prozentsatz der aufgefundenen Verfälschungen viel größer bei den unauffälligen Kontrollen, die in der Weise ausgeführt werden, daß zuverlässige Frauen Milch kaufen und sie einem Schutzmann übergeben. Deswegen verabfolgen raffinierte Milchpanscher

[1]) Siehe Referat in dieser Zeitschrift 1908, S. 633.

unbekannten Frauen ungefälschte Milch. Es finden ungefähr 30000 Milchkontrollen jährlich in Berlin statt, ebenso viele in den Vororten.

Die Butterkontrolle erstreckt sich nicht nur auf den Wassergehalt sondern auch auf Zusatz von Margarine usw. Bei Margarine wird darauf geachtet, ob gesundheitsschädliche Fette zugesetzt sind. Das Renovieren von verdorbener Butter und Margarine durch Schmelzen oder durch Aromatisieren ist ein erheblicher Mißstand.

Eine große Umwälzung steht in der Speisefett-Industrie bevor, seit es gelungen ist, feste Fette aus flüssigen Oelen herzustellen.

Bei Wein sind es besonders die sogenannten Rekonvaleszentenweine, die gefälscht werden.

Auch Honig wird verfälscht. Honig von Bienen, die mit Zucker gefüttert sind, stellt keine Fälschung dar; aber es liegt Betrug vor, wenn dieser als Blütenhonig verkauft wird.

Kaffee wird mit Lupinen oder Platterbsen vermischt. Bruchkaffee enthält fast immer solche Surrogate. Preißelbeeren werden mit Moosbeeren vermischt.

Ein Berliner Gericht läßt bei großen Verfehlungen und im Wiederholungsfalle den Tenor des Urteils an den dem Geschäft benachbarten zwei Littfaßsäulen 24 Stunden anschlagen. Durch Schutzleute wird dafür gesorgt, daß das Plakat nicht abgerissen wird.

Zum Schluß führt Vortragender einige interessante Fälschungen an. Jedenfalls besteht ein unermüdlicher Kampf zwischen Fälscher und Chemiker.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Besprechungen.

Prof. Dr. Arthur Biedl: Innere Sekretion. Ihre physiologischen Grundlagen und ihre Bedeutung für die Pathologie. II. Teil. Berlin und Wien 1913. Verlag von Urban und Schwarzenberg. Gr. 8°; 692 S.

Der erste Teil erschien 1913. Nur wer diesen durchstudiert hat — ein einfaches Leben genügt nicht — wartet mit hoher Spannung auf den zweiten Teil. Dieser ist ebenso gelungen wie der erste.

Die Lehre von der inneren Sekretion und die Immunitätslehre sind für uns ältere Aerzte neue Begriffe; sie haben aber beide den größten Einfluß auf das Denken und Handeln der Aerzte bekommen und wirken sich auch in der Staatsmedizin aus. Wer die Frage der Volkserneuerung, wozu die gegenwärtig so brennende Frage des Geburtenrückgangs gehört, verstehen will, muß einerseits auf staatswissenschaftliche wirtschaftliche Verhältnisse Rücksicht nehmen, anderseits auf physiologisch-biologische. Viele Aerzte bringen lediglich wirtschaftliche und vielleicht noch sittliche Erscheinungen in Anschlag. Der Naturwissenschaftler wird fast ganz ausgeschlossen, zum Schaden des Volkes; denn Erzeugen und Gebären sind somatische Tätigkeit und zu ihrer Bewertung braucht man naturwissenschaftliche Kenntnisse. Biedl gibt im zweiten Teil die Grundlagen für die Beurteilung der Geschlechtstätigkeit im Individuum. In klassischer Weise beschreibt er die Geschlechtsdeterminierung und in allgemein verständlicher Weise schildert er uns den Einfluß der Gonaden auf die Teilung des Menschengeschlechts in Mann und Weib. Dann geht er dazu über, die arterhaltende Tätigkeit der Gonaden und der Drüsen der Genitale auszuführen. Wir erkennen den fundamentalen Unterschied des Mann- und Weib-Individuums. Das Mann-Individuum ist ein Produkt der männlichen Gonade (Hoden); es steht das ganze Leben hindurch unter dem Einflusse und der Leitung der Hoden. Auch das Weib ist ein Produkt seiner Gonade (Eierstock). Wird das Weib nicht befruchtet, so steht es auch während seiner Lebensdauer ausschließlich unter der Wirkung des Eierstockes. Wird es aber befruchtet, so tritt der Eierstock die Herrschaft über die innere Geschlechtssekretion während der Tragzeit an den Plexus (Plazenta) ab und während der Laktation an die Brustdrüse. Wir haben also beim Weib einen Wechsel der inneren Sekretion, während sie beim Mann stationär ist. Das ist eine ethnologisch nicht hoch genug einzuschätzende Erkenntnis. Dieser Saftstromwechsel ist für das Gedeihen des Weibindividuums dringend notwendig. Die neuen Auslösestationen (Uterus und Mamma) ändern nämlich auch die Qualität des Sekrets, und wir können (Abderhalden) diese Aenderung serologisch

nachweisen. Der Ausfall der Aenderung im Sekretionswechsel macht das Weib vorzeitig alt. Fällt die Brustdarreichung allein aus, so hilft sich die Natur dadurch, daß sie vibrierend statt der Mamma-Wirkung die Neubefruchtung der Uterus alsbald herbeiführt. Die hohe Kinderzahl nicht stillender Volksteile ist daher eine Heiltendenz, eine natürliche Notwendigkeit. Der Tod des Kindes, das auf die Mutter durch das Nichtanlegen an die Brust funktionell stets wirkungslos ist, ist für die Frau in bezug auf die innere Sekretion völlig gleichgiltig. Wir dürfen also lediglich auf dem Wege der Brustdarreichung öffentliche Säuglingsfürsorge treiben, weil wir sonst die somatischen Verhältnisse der Mutter verschlechtern. Aus diesen Andeutungen allein schon, die sich aus den Ausführungen Biedls ergeben, ersieht der Arzt die hohe Bedeutung der Biedlschen Abhandlung. Ich glaube, daß kein Bezirksarzt, der auf der Höhe der Staatsmedizin bleiben will, das Biedlsche Buch entbehren kann.

Dr. Graßl-Kempten.

M. Osborne: Die Gefahren der Kultur für die Rasse und Mittel zu deren Abwehr. Würzburg 1913. Verlag von C. Kabitzsch. Kl. 8°; 91 S. Preis: 1,80 M.

Die Abhandlung bringt jedem etwas, dem Gegner wie dem Freunde einer systematischen Bekämpfung moderner Erscheinungen.

Dr. Graßl-Kempten.

Dr. jur. med. h. c. v. Behr-Pinnow: Geburtenrückgang und Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Berlin 1913. Verlag von Julius Springer. Kl. 8°; 87 S. Preis: 2 M.

v. Behr-Pinnow hofft lediglich von der Rückkehr zur alten Moral wesentliche Besserung. Zur Erleichterung empfiehlt er wirtschaftliche Unterstützung. Den Nutzen der Säuglingsfürsorge überschätzt er weit, wie auch andere. Trotzdem findet er manches daran, was nicht gut ist. Im allgemeinen bewegt sich der Verfasser im Geiste v. Grubers und Bornträgers. Dem Verwaltungsarzte ist die Abhandlung zu empfehlen. Dr. Graßl-Kempten.

Prof. Dr. Blaschko: Geburtenrückgang und Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1914. Verlag von Ambr. Barth. Gr. 8°, 42 S. Preis: 80 Pfg.

Gleich wie Hissen tritt auch Blaschko für die Anfangssterilität der Ehe ein. Ref. hält diese Erscheinung für eine Ueberwucherung der Kultur und spricht einem solchen Zusammenleben den naturwissenschaftlichen Charakter der Ehe ab. Wer einmal diese Gewohnheit angenommen hat, kommt nicht mehr davon los. Wie unsere wirtschaftlichen Verhältnisse die Einschränkung der Kinderzahl verlangen, so ist diese Einschränkung am Ende der Gebärfähigkeit zu betätigen, da hier die Eltern aus anthropologischen Gründen öfters minderwertigen Kindern das Leben geben. Der Vorschlag Blaschkos führt zur Qualitätsverschlechterung. — Im übrigen aber sind seine aus reicher Erfahrung geschöpften Ansichten, namentlich betreffs der Geschlechtskrankheiten sehr beachtenswert. Das Buch wird den Verwaltungsärzten empfohlen.

Dr. Graßl-Kempten.

Dr. Max Hirsch, Frauenarzt in Berlin: **Fruchtabtreibung und Präventivverkehr.** Würzburg 1914. Verlag von C. Kabitzsch. Gr. 8°; 267 S. Preis: 6,00 Mark.

Fast könnte man sagen, wir leben in der Zeit der Fruchtabtreibung. Wenn wir erfahren, daß in New-York jährlich ca. 80000 Früchte abgetrieben werden, daß dort 200 gewerbsmäßige Abtreiber ihr Unwesen treiben, daß in Chicago ca. 6000—10000 und in Nordamerika ungefähr 2 Millionen Abtreibungen jährlich stattfinden, so muß das jedem Volksfreund direkt erschrecken. Hirsch glaubt, daß diese enorme Zahl in Nordamerika die Folge des Verbotes des Handels mit Präventivartikeln sei. Dem kann man selbstverständlich nicht beistimmen; denn auch die Abtreibung ist verboten und wird noch strenger bestraft, ohne daß eine Wirkung zu erkennen ist. Auch anderswo, z. B. in Deutschland, wo der Handel noch nicht eingeschränkt ist, mehrt sich der verbrecherische Abort. — Dagegen ist ihm zuzustimmen, wenn er die Fähigkeit, zu gebären, in Abnahme begriffen erklärt (nach des Referenten Ansicht als

Folge der „künstlichen" Aufzucht, die durch den Ausfall der Muttermilch die Rachitis fördert). — Auch sonst kann man Hirsch nicht überall beistimmen. Aber trotzdem ist die Abhandlung des erfahrenen Frauenarztes für den Verwaltungsarzt sehr lesenswert. Hirsch verfügt über ein großes Material, ist, wie aus der anregenden Schreibweise hervorgeht, von seiner Ansicht überzeugt und bringt achtenswerte Gründe. Dr. Graßl-Kempten.

Prof. Dr. Max v. Gruber: Ursachen und Bekämpfung des Geburtenrückganges im Deutschen Reich. München 1914. Verlag von J. F. Lehmann. Kl. 8°; 76 S. Preis: 2 M., geb. 3 M.

v. Gruber hat seinen Bericht, den er auf der 38. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege am 19. September 1913 in Aachen erstattete, als Sonderdruck erscheinen lassen. Ueber die Leitsätze ist in der Beilage zu dieser Zeitschrift von anderer Seite bereits referiert worden. Dem Amtsarzt, in dessen Kompetenz die Frage der Volkserneuerung fällt, wird dieser Sonderdruck vielfach Anregung und Belehrung geben. v. Gruber umfaßt darin ganze Frage in bekannter meisterhafter Weise.

Dr. Graßl-Kempten.

Dr. P. Lissmann-München: **Geburtenrückgang und männliche sexuelle Impotenz.** Würzburg 1914. Verlag von C. Kabitzsch. Kl. 8°; 37 S. Preis: 1,50 Mark.

Verfasser hat eine Rundfrage an 200 Aerzte ergehen lassen: 1. Haben auch Sie in ihrer Praxis eine Zunahme der an nervösen Sexualstörungen leidenden Kranken beobachten können? 2. Welches sind nach Ihrer Ansicht die Ursachen dieser eventuellen Zunahme. — Von 129 eingegangenen Berichten haben sich 67 gegen die behauptete Zunahme ausgesprochen, 36 haben sie bejaht, 26 Aerzte ließen die Frage offen. — Die Masturbation wird zwanzigmal als die Ursache der erhöhten Sexualneurasthenie angesehen; dann kommt der coitus interruptus mit seiner Wirkung und Erwartungsangst. „Eine gewisse Brutalität ist auch im Ehebett notwendig." Die Abschreckungstheorie gegen die venerischen Krankheiten sind hier einzureihen. Dann kommt die Ueberspannung auf allen Gebieten. Die übertriebene Askese ist auch schädlich. — Sonderbar, daß viel Offiziere impotent sind. — Alkohol, Nikotin, Rad- und Automobilfahren, Frigidität der Frau kommen als Ursachen der Impotenz zuletzt. Dr. Graßl-Kempten.

Dr. Christoph Müller-Immenstadt: **Die Krebsbehandlung.** München 1914. J. F. Lehmanns Verlag. Gr. 8°; 68 S. Preis: 1,80 M.

Der Inhalt der 68 Seiten umfassenden Schrift setzt sich aus 3 Vorträgen zusammen, die der Verfasser in der Münchener Vereinigung für ärztliches Fortbildungswesen gehalten hat. Im ersten Vortrag setzt er die biologischen Wirkungen der strahlenden Energie auseinander: Bei der Strahlentherapie der malignen Tumoren — die Hautkarzinomen ausgenommen — kommt nur die Anwendung der X-Strahlung in Frage. Diese selbst hat aber keine eigene physikalische oder biologische Wirkung, sondern wirkt lediglich durch die sekundär von ihr hervorgerufenen β-Strahlen, die die Fähigkeit besitzen, chemische Zerfallsprozesse in der Zelle zu beschleunigen, in erster Linie den Zerfall der Lipoide, besonders des Lecithins, wodurch das Zellgift Cholin zur Abspaltung kommt, das den Tod der Zelle, allerdings auch eine Schädigung der benachbarten Zellen bewirkt, die jedoch durch Abwehrvorrichtungen und Regenerationskräfte des Organismus ausgeglichen werden kann.

In einem zweiten Vortrag wird die Radiotherapie der malignen Tumoren behandelt; Verfasser kommt hierbei zu dem Schluß, daß nach dem augenblicklichen Stande der Wissenschaft die Situation die ist, daß bei allen tiefer gelegenen bösartigen Neubildungen, bei denen gesunde deckende Schichten zu schonen sind, die Anwendung der Röntgenstrahlen den unbedingten Umzug verdient. Die Bestrahlung mit radioaktiven Substanzen bietet lediglich Vorteile bei bösartigen Erkrankungen in zugänglichen Körperhöhlen, in denen das Präparat unmittelbar an oder in den Er-

krankungsherd gebracht werden kann. Aber auch in diesen Fällen bieten schon heute Röntgenstrahlen einen wirksamen Ersatz.

In einem dritten Vortrag werden schließlich kombinatorische Behandlungsmethoden beleuchtet, so die Anwendung hochfrequenter Ströme, um eine Hyperämisierung des Tumors und so eine größere Empfindlichkeit des Gewebes gegen Röntgenstrahlen zu erzielen, der Chemotherapie mit borsaurem Cholin und Elektroselen und anderen chemo-therapeutischen Agentien. Maßgebend für die jeweilig anzuwendende Kombinationsmethode muß das Bestreben sein, den gesamten Kräftezustand des Patienten zu heben und die Blutzufuhr zum erkrankten Gebiet möglichst zu steigern.

Für jeden Arzt und Hygieniker, der sich für die moderne Krebstherapie interessiert — und wer täte das nicht? — gibt das vorliegende Werkchen einen knappen, klaren, orientierenden Ueberblick; seine Anschaffung ist, zumal bei dem niedrigen Preis, recht zu empfehlen. Dr. Hillenberg-Zeitz.

Dr. med. E. Herm. Müller und **Dr. jur. Emil Zürcher** in Zürich: **Zur Kenntnis und zur Behandlung der Prostitution, ausgehend von der Prostitution in der Stadt Zürich.** Sonderabdruck aus der Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten; 1913, Bd. XIV, H. 6—8. Leipzig 1914. Verlag von Joh. Ambr. Barth. Gr. 8°; 86 S. Preis 1,20 Mark.

Die Verfasser wollen in der vorliegenden Arbeit zeigen, daß es einen methodisch genau bestimmbaren Weg gibt, dem Problem der Prostitution näher zu kommen gegenüber allgemeinen, gut gemeinten, aber von unsicherem und der exakten Feststellung abholdem Ausgangspunkt ausgehenden Bekämpfungsprinzipien. Während diese bisher vielfach entweder von rein ethischen oder von ärztlichen Gesichtspunkten diktiert werden, die eine völlige, bis auf den Grund des Prostitutionsproblems dringende Lösung der schwierigen Frage nicht erwarten lassen, gehen die Verfasser in ihren Vorschlägen zur Bekämpfung der Prostitution von einem anderen Standpunkt aus, und zwar von dem der gerichtlichen Medizin im modernen Sinne, die durch ihre Erfahrungen im Milieu des schädlichen Geschehens und am Menschen, da, wo er schädlich wurde, die richterliche Erfahrung des Gesetzgebers und des Richters erweitert.

Es wird eine wesentlich anthropologische Betrachtungsweise der ganzen Frage befürwortet, die eben mit den neuen Methoden der gerichtlichen Medizin arbeitet. Sie soll und wird dahin führen, in der Prostitution eine Krankheit des Einzelindividuums zu sehen, deren Bekämpfung in erster Linie zu bestehen hat in einer Beseitigung der Gründe der psychischen und körperlichen Verwahrlosung der Menschen, wo immer man auf den Tatbestand dieser Verminderung der Rücksicht und Sorgfalt im Leben stößt. Zur Feststellung aller individuellen Einzelursachen wird die systematische Anwendung medizinischer und rechtlich-fürsorgerischer Methoden verlangt, die rasch und mit möglichst wenig Kosten zum Ziele führen.

Als Methode des Vorgehens zur Erurierung und Behandlung der gefahrbringenden Prostituierten — die nicht mehr Gefahr verursachende Prostitution wird nicht berücksichtigt — denken sich die Verfasser etwa die folgende:

Eine in gerichtlich-medizinischen Instituten besonders vorgebildete Sittenpolizei sammelt das Material über die einzelnen Prostituierten, das sie einer Fürsorgestelle übergibt, der dann die Prostituierte selbst zugeführt wird. Hier findet eine eingehende ärztliche Begutachtung statt mit positiven Vorschlägen, welche Maßnahmen als die zweckmäßigsten zu ergreifen sind. — Bei straffälligen Prostituierten sind weitgehend sichernde Maßnahmen anzuwenden.

Man kann nicht leugnen, daß die Ausführungen der sehr erfahrenen Autoren manches Bestechende haben; ob aber besonders unter den sehr komplizierten Verhältnissen der Großstadt dieses individuell-ätiologische Vorgehen sich erfolgreich würde durchführen lassen, dürfte recht fraglich sein.

Dr. Hillenberg-Zeitz.

Tagesnachrichten.

Das Reichs-Gesetz betr. **Aenderung der Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige** ist jetzt veröffentlicht; es wird in der Beilage zur nächsten Nummer der Zeitschrift zum Abdruck gelangen.

Jubiläum und Stiftung. Am 22. Juni d. J. hat eines der ältesten Mitglieder des Preußischen Medizinalbeamtenvereins, Geh. Med.-Rat Dr. **Riesel,** Direktor der Königl. Impfanstalt in Halle a. S. und bis vor kurzem Kreisarzt des Stadtkreises Halle a. S., sein 50jähriges Doktor-Jubiläum gefeiert und aus Anlaß dieser Feier der Jubiläumsstiftung des Vereins eine Schenkung von eintausend Mark gemacht. Es ist dies die erste größere Schenkung, die der Jubiläumsstiftung zuteil geworden ist, und deshalb um so freudiger zu begrüßen! Vivat sequentes! Vor allem aber dem hochherzigen Geber unseren herzlichsten Dank und gleichzeitig die besten Glückwünsche zu seinem Jubiläum! Möge es ihm vergönnt sein, sich noch recht viele Jahre seines teilweisen otium cum dignitate in gleicher körperlicher und geistiger Frische wie bisher zu erfreuen!

Ernennungen: Geh. Reg.-Rat Dr. Sänger, vortragender Rat im Ministerium des Innern ist vom 1. August ab zum Präsidenten des Kgl. Statistischen Landes-Amtes ernannt worden. Er hat der Medizinalabteilung fast drei Jahre als Verwaltungs- und juristischer Dezernent angehört; sein Ausscheiden aus dieser wird sicherlich allseitig bedauert werden.

Durch Min.-Erlaß vom 14. Mai 1914 sind in Preußen die Regierungspräsidenten zum Bericht darüber aufgefordert, ob ein Bedürfnis für die **Einrichtung einer amtlichen Stelle zur Prüfung von Arzneimitteln** vorliegt, und zwar nicht nur zur Nachprüfung der bei den Apothekenbesichtigungen beanstandeten Arzneimittel oder solcher, deren Prüfung bei dieser Gelegenheit nicht mit genügender Sicherheit bewirkt werden kann, sondern auch zur Prüfung aller neueren in den Handel gebrachten Arzneimitteln auf ihre Zusammensetzung und Wirksamkeit, sowie zur fortgesetzten Kontrolle dieser Mittel. Das Verlangen nach einer solchen staatlichen Prüfungsanstalt ist bereits wiederholt von den beteiligten Kreisen, insbesondere ärztlicherseits gestellt; soll ihre Tätigkeit auch auf die Prüfung aller neuen Arzneimittel, Geheimmittel usw. ausgedehnt werden, dann wird sie allerdings vom Reiche, am besten in Verbindung mit dem Reichsgesundheitsamte, zu errichten sein, da es sich doch um eine für das ganze Reich in Betracht kommende Maßregel handelt.

Die „Norddeutsche Allgemeine Zeitung" schreibt: Die lebhaften Erörterungen in den medizinischen Fachblättern und in der Tagespresse über das **Friedmannsche Tuberkuloseheilmittel** haben die medizinische Verwaltung schon seit längerer Zeit beschäftigt und ihr Anlaß gegeben, die fabrikmäßige Herstellung des Mittels zu prüfen und Aeußerungen hervorragender Aerzte aus den verschiedenen Teilen des Staates über ihre Erfahrungen mit seiner Anwendung einzuholen. Ueber das Ergebnis dieser Ermittlungen hat neuerdings eine Besprechung im Ministerium des Innern unter Zuziehung klinischer, pathologischer und bakteriologischer Sachverständigen stattgefunden. Hierbei ergab sich Uebereinstimmung der Meinungen dahin, daß von einer ausgesprochenen Heilwirkung des Mittels sowohl in Fällen von Lungen-, als von sonstiger Tuberkulose nicht gesprochen werden könne. Anderseits sind sogar direkte Schädigungen nach der Anwendung des Mittels festgestellt worden, die zum Teil auf dieses selbst geschoben werden müssen, zum Teil sich daraus erklären, daß es bisweilen mit fremden Bakterien verunreinigt in den Verkehr gebracht worden ist. Diese Erfahrungen haben eine Reihe angesehener Kliniker veranlaßt, von der Verwendung des Friedmannschen Mittels überhaupt abzusehen. Von einem Verbot der Anwendung des Mittels muß Abstand genommen werden, weil dem deutschen Recht eine Beschränkung des Arztes in der Wahl seiner Behandlungsverfahren fremd ist. Es muß der gewissenhaften Prüfung des einzelnen Arztes überlassen bleiben, ob und in welchem Falle er das Mittel

noch weiterhin anwenden kann. Die Maßnahmen, die von der medizinischen Verwaltung ergriffen und noch in Aussicht genommen sind, um zu verhüten, daß das Mittel in verunreinigtem Zustande in den Verkehr gelangt, fanden die Zustimmung der Versammlung.

Der vom 25.—27. Juni d. J. in München abgehaltene 40. Deutsche Aerztetag hat folgende Beschlüsse gefaßt:

I. Zu dem von Dr. Hartmann-Leipzig erstatteten Referat über „Die Lage nach dem Berliner Abkommen“ wurde die nachstehende Entschließung des Geschäftsausschusses einstimmig angenommen:

„Die Anerkennung der von der deutschen Aerzteschaft seit langen Jahren immer wieder einmütig erhobenen Forderungen liegt nicht bloß im Interesse der Unabhängigkeit und einer sachgemäßen Berufsausübung der Kassenärzte, sie dient ebenso sehr dem Wohle der Versicherten und dem Gedeihen der Krankenkassen. Wenn auch das Berliner Abkommen vom 23. Dezember 1913 wesentliche dieser Forderungen noch unerfüllt läßt, so ist es doch geeignet, den für alle Beteiligten nötigen Frieden herbeizuführen. Deshalb macht es der in München versammelte 40. Deutsche Aerztetag den Bundesvereinen, den kassenärztlichen Lokalorganisationen und den Sektionen und Ortsgruppen seiner wirtschaftlichen Abteilung, des Leipziger Verbandes, zur Pflicht, überall für die Anerkennung und die Durchführung des Abkommens tatkräftig einzutreten. Er erklärt es aber außerdem für unerläßlich, daß auch die Regierungs- und Versicherungsbehörden und die Krankenkassenverbände weit mehr als bisher im Geiste des Friedens wirken, und daß vor allem die Krankenkassen selbst die sich vielfach im Reiche hinauszögernden Vertragsabschlüsse fördern, dabei den durch die Zeitverhältnisse und die von der Reichsversicherungsordnung herbeigeführte Verminderung der Privatpraxis begründeten Honoraransprüchen der Kassenärzte gerecht werden, und den für die Beseitigung der ärztlichen Nothelfer erforderlichen 5 Pf.-Beitrag nicht länger verweigern. Dabei verhehlt sich der Aerztetag nicht, daß das Vertrauen der Aerzte in das Berliner Abkommen solange kein großes sein wird und kein großes kann, bis nicht alle Vorbedingungen für sein Zustandekommen restlos erfüllt sind. Er spricht daher die bestimmte Erwartung aus, daß nun endlich den unerträglichen Zuständen bei den Krankenkassen in Elbing ein Ende gemacht wird, und richtet an die am Berliner Abkommen beteiligten Krankenkassenverbände die eindringliche Mahnung, dafür zu sorgen, daß die Elbinger Betriebs- und Ortskrankenkassen schleunigst auf den Boden des Berliner Abkommens treten und die zugezogenen Nothelfer entlassen. Schließlich verlangt er von der Preußischen Regierung, daß sie, in Erfüllung eines beim Abschluß des Abkommens feierlich gegebenen Versprechens, die beiderseitigen Kassen- und Aerzteverbände bei seiner Durchführung unterstützt, die in Betracht kommenden Versicherungsbehörden anweist, ohne Ansehen der Person auch für Elbing im Sinne des Berliner Abkommens tätig zu sein.“

Außerdem wurde ein vom Bezirksverein München gestellter Antrag angenommen:

„Der Deutsche Aerztetag ersucht die Reichsregierung und den Reichstag, die Bestimmungen der R.V.O. möchten dahin abgeändert werden, daß die Krankenkassenmitglieder für ärztliche Behandlung und Arzneien einen wenn auch nur kleinen prozentualen Beitrag jeweils selbst bezahlen müssen.“

II. Auf Grund des von dem Vorsitzenden der Kurpfuscherei-Bekämpfungskommission Dr. Franz-Schleiz erstatteten Bericht wurde ein Zusammengehen mit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Kurpfuscherei und die Errichtung einer Zentralstelle sowohl für die Materialsammlung, wie für die Aufklärung des Publikums und der Reichstagsvertreter für notwendig erklärt und ein Antrag des Geschäftsausschusses auf Erhöhung des Bundesbeitrages um 1 Mark zur Organisation der Kurpfuschereibekämpfung angenommen, desgleichen folgender Antrag der bayerischen Bezirksvereine:

„Der Geschäftsausschuß möge der Bitte der Arzneimittelkommission des Deutschen Kongresses für innere Medizin, auch sie mit Geldmitteln zu unterstützen, soweit möglich Rechnung tragen.“

III. Betreffs der ärztlichen Tätigkeit bei „sogenannten“ gemeinnützigen Unternehmungen wurde nach einem ausführlichen Referat von Prof. Dr. Lennhoff-Berlin und nach sehr umfangreicher Diskussion folgende Entschließung angenommen:

1. Die unentgeltliche charitative ärztliche Tätigkeit bleibt eine Ehrenpflicht der deutschen Aerzteschaft, sie bedarf aber des Schutzes vor mißbräuchlicher Ausnützung.
2. Daß eine Unternehmung als „gemeinnützig“ bezeichnet wird, bedingt an sich nicht Unentgeltlichkeit der ärztlichen Tätigkeit.
3. Allgemeine Vorbedingung für diese ist, daß der Zweck der Unternehmung nicht in den Bereich behördlicher Leistungen fällt und daß die Unternehmungn ihre Leistungen oder gegen nur geringes Entgelt gewähren.
4. Im Einzelfalle ist die Unentgeltlichkeit von der Besonderheit der Unternehmung und der Besonderheit der ärztlichen Tätigkeit abhängig zu machen.
5. Unentgeltlichkeit begründende Besonderheit darf nach Prüfung angenommen werden bei der Ausbildung der Genossenschaften freiwilliger Krankenpfleger im Kriege, Sanitätskolonnen und Helferinnen vom Roten Kreuz.
6. Wo immer Aerzte unentgeltlich eine Ausbildungstätigkeit ausüben, ist eine schriftliche Verpflichtung von den auftraggebenden Stellen und von den auszubildenden Personen einzuholen, daß diese keinerlei ärztliche Tätigkeit, insbesondere nicht im Sinne des § 370 R.V.O. ausüben dürfen oder werden.
7. In allen Fällen ist die Frage, ob ärztliche Tätigkeit für ein gemeinnütziges Unternehmen unentgeltlich geleistet werden soll, der örtlichen Organisation der Aerzte vorzulegen. Gegen deren Entscheidung kann eine von dem Geschäftsausschuß des Deutschen Aerztevereinsbundes einzurichtende Instanz angerufen werden.“

IV. Zur Hebammenfrage wurden die von dem Berichtersterstatter, Dr. Reißmann-Osnabrück, vorgelegten Leitsätze in folgender Fassung angenommen:

1. Es ist für Deutschland auch heute noch zweckmäßig, an der bisherigen Ausdehnung der Berufstätigkeit der Hebammenschwestern festzuhalten und nicht etwa Geburtshelferinnen auszubilden.
2. Unser nächstes Streben muß dahin gehen, baldigst für die Hebammenschwestern in jeder Beziehung das zu erreichen, was Kranken- oder Säuglingsschwestern heutzutage schon gewährt wird (Vorbildung, Ausbildung, Einkommen, Ruhegehalt usw.).
3. Die Hebammenschulen stehen am besten unter staatlicher Verwaltung und bedürfen eines in jeder Beziehung reichlichen Materials. So muß mit der Hebammenschule eine Poliklinik für Personen, die der behördlichen Armenversorgung unterstehen (Mütter- und Säuglingsberatungsstelle) und eine geburtshilfliche Poliklinik verbunden sein und ihr ein Mutterheim angegliedert sein. Auf die Heranbildung eines tüchtigen Hebammenlehrstandes muß viel mehr Gewicht als bisher gelegt werden.
4. Wir bedürfen dringend eines deutschen Reichsgesetzes für Hebammen wie einer Mutterschaftsversicherung in Deutschland.
5. Es ist dringend wünschenswert, daß die Aerzte, die Geburtshilfe treiben, das Hebammenlehrbuch kennen und zu jeder Geburt eine Hebammenschwester zuziehen.
6. Es muß für die Praxis — in ähnlicher Weise wie in Baden oder Mecklenburg — ein engerer Zusammenhang zwischen Hebammenlehrer und praktischen Aerzten einerseits und den Hebammenschwestern anderseits geschaffen werden. Die Kreis-(Amts-)ärzte können allein die Kontrolle der Hebammen in der Praxis nicht ausführen.

V. Endlich wurde betreffs ärztlicher Gebührenordnungen noch beschlossen:

„Der Aerztetag wolle beschließen, daß durch den Geschäftsausschuß bezw. durch den Vorstand des L. V. eine Taxkommission zu errichten ist, die die vorhandenen ärztlichen Gebührenordnungen zu überwachen, auf zeitgemäßem Stande zu erhalten bezw. durch eine gemeinsame Taxe zu ersetzen

hat. Die Kommission soll aus drei Aerzten bestehen, die das Recht der Zuwahl haben; jedes Jahr hat die Kommission dem Aerztetag über ihre Tätigkeit Bericht zu erstatten."

Die **XXXIX. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege** wird vom 16.—19. September in Stuttgart mit folgender Tagesordnung stattfinden:

Mittwoch, den 16. September: 1. Welche Gesichtspunkte sind zurzeit für die zweckmäßige Lüftung bewohnter Räume maßgebend? Referenten: Prof. Dr. Weichardt-Erlangen und Geh. Hofrat Prof. Pfützner-Karlsruhe.

Donnerstag, den 17. September: 2. Organisation und praktischer Wert des schulärztlichen Dienstes. Referent: Prof. Dr. v. Drygalski-Halle a. S. — 3. Die Stellung der Rassenhygiene gegenüber Sterilisation und künstlicher Fehlgeburt. Referent: Sanitätsrat Dr. Weinberg-Stuttgart.

Freitag, den 18. September: 4. Das billige Krankenhaus. Referenten: Geh. Med.-Rat Dr. Krohne, vortragender Rat im Ministerium des Innern (Berlin), Baurat Schachner-München.

Samstag, den 19. September: Gemeinsamer Ausflug auf die schwäbische Alb.

Am Dienstag, den 15. September, also am Tage vor der Hauptversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, wird ebenfalls in Stuttgart eine **Zusammenkunft deutscher Polizeiärzte** stattfinden. Zur Beratung gelangen: 1. Ueber Prostitution und Reglementierung unter besonderer Berücksichtigung des Mittelstandes. Berichterstatter: Polizeidirektor Dr. Böttinger-Stuttgart. 2. Ueber sonstige Kontrolle. Berichterstatter: Dr. Hammer-Stuttgart.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 24. Mai bis 6. Juni 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rotz, Fleckfieber, Tollwut: — (—); Rückfallfieber: 1 (—), — (—); Aussatz: 1 (—), — (—); spinaler Kinderlähmung: 2 (—), 1 (—); Pocken: 6 (—), — (1); Milzbrand: 7 (3); 2 (1); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 8 (—), 5 (—); Unterleibstyphus: 127 (17), 110 (10); Ruhr: 25 (2), 9 (2); Diphtherie: 1382 (74), 1153 (76); Scharlach: 1546 (70), 1453 (66); Kindbettfieber: 118 (31), 88 (31); Genickstarre: 12 (3), 4 (5); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 20 (—), 28 (4); Körnerkrankheit (erkrankt): 211, 153; Tuberkulose (gestorben): 867, 764.

An **Pest** sind erkrankt (gestorben) in Aegypten vom 23. Mai bis 12. Juni: 22 (10), auf der Insel Chios (Türkei) bis 22. Mai: 10 (5), in Britisch-Ostindien in den Wochen vom 3. bis 16. Mai: 8730 (7443) und 6458 (6033), in Niederländisch-Indien vom 20. Mai bis 2. Juni: 581 (496), in Hongkong vom 3. bis 16. Mai: 215 (173) und 241 (143), davon 129 und 143 Erkrankungen in Viktoria, in China bis Ende April: 376, in Brasilien (Bahia) vom 12. April bis 2. Mai 3 (4), in Peru vom 23. Februar bis 11. April: 60, in Ekuador vom 1.—31. März: 8 (4).

Cholera. Eine große Anzahl von Erkrankungen (Todesfälle) an Cholera sind im Straits-Settlements und zwar in Singapore amtlich gemeldet: vom 28. März bis 24. April: 39 (19) und vom 25. April bis 1. Mai: 50.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. S. in W.: Ist ein im Auftrage der Brigade ausgestelltes Pensionierungs-Zeugnis für einen Gendarm gebührenpflichtig? Wer trägt die Kosten?

Antwort: Es handelt sich hier um eine vertrauensärztliche Tätigkeit,

die nach § 115 der Dienstanweisung gebührenpflichtig ist. Die Kosten trägt die Staatskasse.

Anfrage des Kreisarztes Dr. B. in E.: Gehört die im Auftrage der Ortspolizeibehörde vorgenommene kreisärztliche Revision der Barbier- und Frisierstuben zu den gebührenfreien Pflichtaufgaben des Kreisarztes?

Antwort: Nein, es handelt sich um eine ortspolizeiliche Aufgabe, für die gemäß § 2 des Gebührengesetzes liquidiert werden kann.

Quittung über weitere Spenden für das Hebammen-Alters- und Erholungsheim: Armgard von Hegel-Heim in Thale am Harz:

Geh. Med.-Rat Dr. Deneke-Magdeburg: 100 Mark, Geh. Med.-Rat Dr. Räuber-Erfurt: 10 Mark, Med.-Rat Prof. Dr. Meder-Cöln: 20 Mark. Herzlichsten Dank!

Der Erfolg der Sammlung aus den Kreisen der Medizinalbeamten ist bisher gering; ich darf daher vielleicht nochmals um gütige Gaben bitten. Das Heim ist am 14. v. M. eröffnet.

Dr. Brumund, Kreis- und Stadtarzt, Magdeburg, Oststraße 17.

Bayerischer Medizinalbeamten-Verein.

Elfte Landesversammlung

am Samstag, den 11. und Sonntag, den 12. Juli 1914 in **Neustadt a. H.**

Samstag, den 11. Juli, nachmittags 6½ Uhr: **Vorstandssitzung der Kreisvorsitzenden** und abends 9 Uhr: **Mitgliederversammlung** im Löwen; hierauf zwangloser Begrüßungsabend im Löwen (am Bahnhof).

Sonntag, den 12. Juli, vormittags 9½ Uhr: **Hauptversammlung** im Löwen.

Tagesordnung:

1. Ob.-Med.-Rat Dr. Demuth-Speyer: Hygienische Streiflichter aus der Rheinpfalz.
2. Stabsarzt Dr. Mayer: Ueber die Bedeutung der K. bakt. Untersuchungsstation Landau für die Bekämpfung der Infektionskrankheiten in der Pfalz.
3. Reg.- und Med.-Rat Dr. Schwinkh-Bayreuth: Temperaturen von Schulzimmern im Winter.

Mittags 1½ Uhr: Gemeinsames Mittagessen im Löwen.

Nachmittags 5 Uhr: Besuch und Besichtigung von Bad Dürkheim, Ausflug auf die Limburg, Abendessen und Weinprobe.

Für die Kollegen, welche die Anwesenheit in der Pfalz dazu benützen wollen, den Pfälzerwald kennen zu lernen, findet am Montag, den 13. Juli, vormittags ein Ausflug nach Elmstein und Johannes-Kreuz in das Herz des Pfälzerwaldes statt. Es kann die Beteiligung an diesem Ausflug auf das wärmste empfohlen werden.

Auf der Rückreise wird für die vom rechtsrheinischen Bayern Gelegenheit zur Besichtigung der K. bakt. Untersuchungsanstalt in Landau und die sehr bedeutende hygienische Ausstellung in Stuttgart geboten werden. Es wird ersucht, die Teilnahme am gemeinsamen Mittagessen, an den Ausflügen, sowie an der Besichtigung der Hygiene-Ausstellung in Stuttgart an Herrn Dr. Stark, prakt. Arzt in Neustadt a. H., anzumelden, der auch gern bereit ist, bei rechtzeitiger Anmeldung für Wohnung zu sorgen.

Die Vorstandschaft gibt sich der Hoffnung hin, daß die Bemühungen der Pfälzer Kollegen für die Vorbereitungen der Landesversammlung durch einen recht zahlreichen Besuch belohnt werden möchten. Auch die Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamtenvereins sind zur Teilnahme freundlichst eingeladen.

Dr. Frickhinger, Vorsitzender. **Dr. Schuster,** Schriftführer.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 14. Ausgegeben am 20. Juli 1914.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch

J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 14

und Beilage: Offizieller Bericht über die XXX. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins zu Berlin am 21. April 1914.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Prädikat Professor: dem Kreisarzt Dr. Hilgermann, Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes in Koblenz; — die Krone zum Roten Adlerorden IV. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Dr. Behrend, Kreisarzt in Kolberg, dem Oberstabsarzt Dr. v. Tobold, Chefarzt des Hauptsanitätsdepot in Berlin und Dr. Krebs, Chefarzt des Landesbades der Rheinprovinz in Aachen; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Geh. San.-Rat Dr. Le Blanc in Opladen, dem Prof. Dr. Biesalski, Direktor des Oskar-Helenen-Hauses für Heilung und Erziehung gebrechlicher Kinder in Zehlendorf, sowie den San.-Räten Dr. Berns in Mülheim a. Ruhr, Dr. Preuß in Hannover und Dr. Neumeister in Breslau; — der Kronenorden III. Kl. am weißen Bande mit schwarzer Einfassung: dem Oberstabsarzt a. D. Prof. Dr. Kuhn, kommandiert zur Dienst-

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Geh. San.-Rat Dr. Bockelmann in Rudolstadt.

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Die Stelle des **Bezirksarztes** in **Amberg.** Bewerbungen sind bei der für den Bewerber zuständigen Königl. Regierung, Kammer des Innern, einzureichen.

Königreich Sachsen.

Die Stelle des **Bezirksarztes** in **Kamenz.** Bewerbungen nebst Zeugnisse und einem Lebenslaufe sind an die Königl. Kreishauptmannschaft einzureichen.

Die Stelle eines **Stadtarztes** in **Dresden** (5000—7300 M. pensionsfähiges Gehalt und 1500 M. persönliche Zulage). Bewerbungen sind unter Beifügung eines Lebenslaufes und der erforderlichen Befähigungszeugnisse bei der Kanzlei des Wohlfahrtspolizeiamtes (neues Rathaus) einzureichen.

Fürstentum Schwarzburg-Sondershausen.

Die nicht vollbesoldete Stelle eines **Kreisarztes in Gehren in Thür.** Gehalt 1800 M., Einnahme an Tagegeldern im Jahr etwa 330 M., aus dem Impfgeschäft etwa 900 M. Bedingung: Bestandene Prüfung pro physicatu, mindestens fünfjährige ärztliche Praxis. Bewerbungen sind mit Lebenslauf bis 1. August d. Js. an das Fürstlich Schwarzburgische Ministerium, Abteilung des Innern, in Sondershausen zu richten.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **E. Merck, Darmstadt** über „Antithyreoidin-Moebius" bei, worauf wir noch besonders hinweisen.

---

leistung beim Reichskolonialamt in Berlin; — die Rote Kreuzmedaille II. Klasse: dem Chefarzt Dr. Hildebrandt am Auguste Viktoria-Heim in Eberswalde.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Ehrenkreuzes I. Klasse des Fürstl. Hohenzollernschen Hausordens: dem Geh. Rat Prof. Dr. v. Leube in Stuttgart; — des Ehrenkreuzes II. Klasse desselben Ordens: dem Kreisassistenzarzt Dr. Dennemark in Sigmaringen.

Ernannt: Der bisherige Referent beim Kommando der Schutztruppen im Reichskolonialamt, Generalarzt Prof. Dr. Steudel, zum Geheimen Ober-Medizinalrat und vortragenden Rat im Reichskolonialamt; der praktische Arzt Dr. Oberstadt in Berlin zum Kreisassistenzarzt in Göttingen; Oberstabsarzt a. D. Dr. Stahn in Posen zum Kreisassistenzarzt daselbst; Regierungsbaumeister Siller und Dr. med. Bürger, bisher außeretatsmäßige Mitglieder der Königl. Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem, zu etatsmäßigen Mitgliedern der Anstalt.

Versetzt: Kreisarzt Med.-Rat Dr. Gottschalk in Kalau nach Kottbus, Kreisassistenzarzt Dr. Landsbergen in Gelsenkirchen nach Soltau unter Ueberweisung an den Kreisarzt der Kreise Fallingborstel und Soltau.; der ord. Prof. Dr. v. Hippel in Halle a. S. in gleicher Eigenschaft nach Göttingen.

In den Ruhestand getreten: Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Schwaß in Sigmaringen, sowie die Kreisärzte Med.-Rat Dr. Bremer in Angerburg und Geh. Med.-Rat Dr. Otto in Neurode.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Freyer, Kreisarzt a. D. in Naugard (Pommern), San.-Rat Dr Theodor Wolff in Düsseldorf-Rath, San.-Rat Dr. Longard, Direktor des Landeshospitals in Sigmaringen, Dr. Lorenz in Hamm a. d. Sieg (Reg.-Bez. Koblenz), Dr. Raschkow in Breslau, Dr. Heinr. Hooks in Köln a. Rh., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Faßbender in Berlin, Marinegeneralarzt a. D. Dr. Metzner in Halle a. S., Dr. Schoen in Reinerz (Schles.).

Königreich Bayern.

Gestorben: Dr. Salberg in Prien am Chiemsee, Dr. Loeser in Würzburg, Dr. Fritsch, bezirksärztlicher Stellvertreter in Limbach a. Inn.

Königreich Sachsen.

Ernannt: Dr. Schalter in Adorf zum Bezirksarzt in Auerbach.

In den Ruhestand getreten: Ob.-Med.-Rat Dr. Schröter, Bezirksarzt in Auerbach.

Gestorben: Dr. Bettac in Dresden.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Sanitätsrat: dem prakt. Arzt Dr. Munck in Göppingen; — der Stern des Königl. Preußischen Kronenordens II. Klasse: dem Obergeneralarzt a. D. Dr. v. Wegelin.

Ernannt: Privatdozent Dr. Fetzer in Königsberg i. Pr. zum Direktor der Landeshebammenlehranstalt in Stuttgart und Priv.-Doz. Prof. Dr. Albrecht in Berlin zum außerordentlichen Professor der Ohrenheilkunde in Tübingen.

Grossherzogtum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Rat II. Klasse: den Geh. Hofräten Prof. Dr. Kraske in Freiburg i. Br. und Prof. Dr. Albrecht Koßel in Heidelberg; — als Geheimer Hofrat: den Professoren Dr. Ernst und Nißl in Heidelberg; — als Medizinalrat: den Bezirksärzten Dr. Guttenberg in Freiburg, Dr. Stengel in Lahr, Dr. Manz in Triberg, Dr. Popp in Säckingen, Dr. Schmid in Meßkirch, Dr. Meeß in Wertheim; — das Kommandeurkreuz I. Klasse des Ordens Berthold des Ersten: dem Geh. Rat Prof. Dr. Krehl in Heidelberg; — das Ritterkreuz I. Klasse des Ordens vom Zähringer Löwen: dem Geh. Hofrat Prof. Dr. A. Wagenmann, dem Prof. Dr. H. Koßel und dem Prof. Dr. M. Wilms in Heidelberg.

Ernannt: Dr. Volk in Billigheim zum Bezirksarzt in Bonndorf.

Gestorben: Dr. Steiner und Dr. Glaser in Mannheim.

Grossherzogtum Sachsen-Weimar.

Gestorben: Dr. Schubarth in Eisenach.

Die durch den Tod des bisherigen Inhabers erledigte nicht vollbesoldete Stelle eines

Kreisarztes

in **Gehren i. Thür.** ist alsbald wieder zu besetzen.

Gehalt 1800 M., Einnahme an Tagegeldern im Jahr etwa 330 M., aus dem Impfgeschäft etwa 900 M.

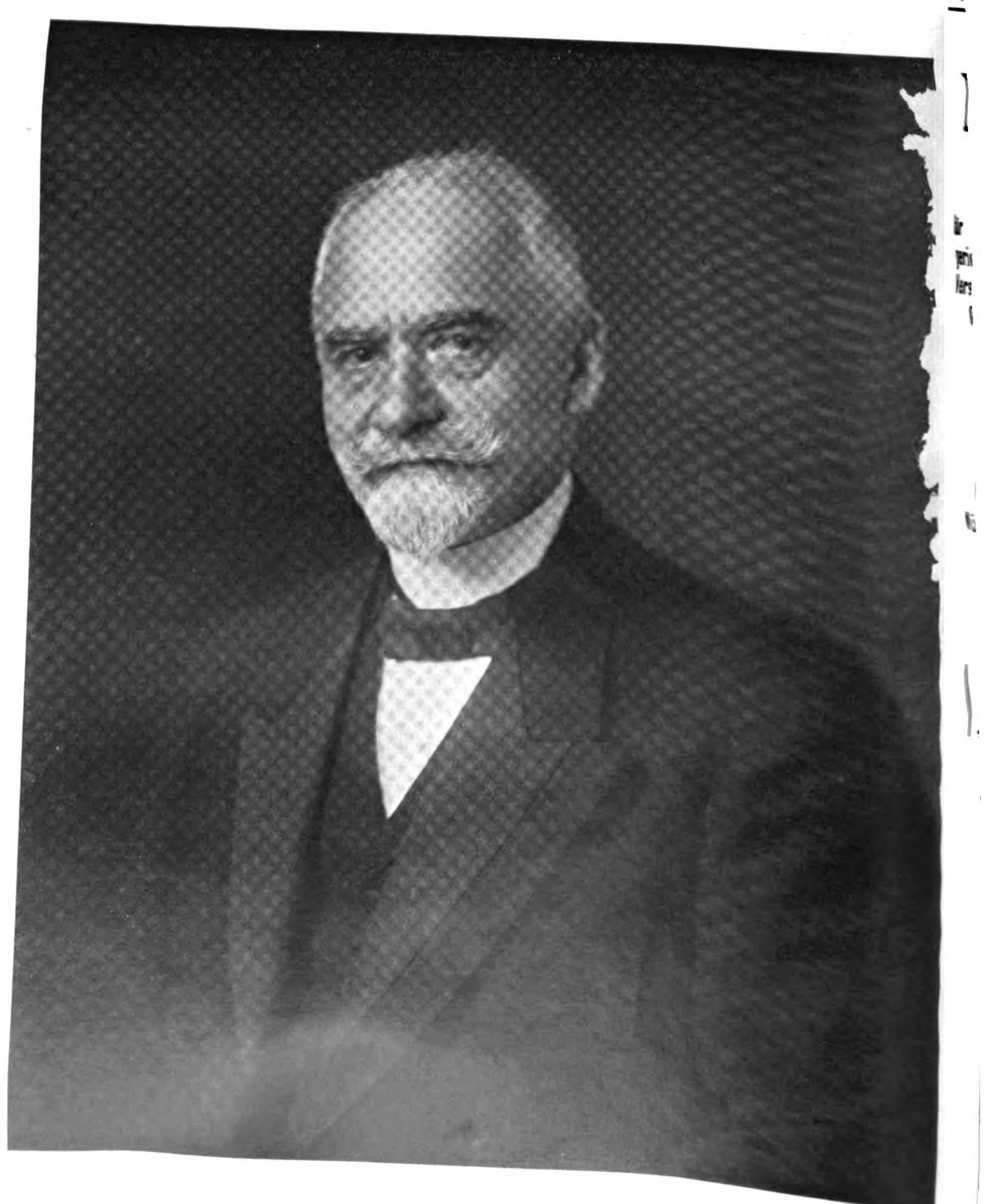
Bedingung: Bestandene Prüfung pro physicatu, mindestens fünfjährige ärztliche Praxis.

Bewerbungen mit Lebenslauf bis 1. August d. J. an das Fürstlich Schwarzburgische Ministerium, Abteilung des Innern, in Sondershausen.

Sondershausen, den 6. Juli 1914.

Fürstlich Schwarzburgisches Ministerium,
Abteilung des Innern.

gez. Bauer.



27. Jahrg. 1914.

Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 14.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Juli.

Martin Kirchner zum 60. Geburtstag.

Von Geh. Med.-Rat Dr. A. **Gürtler**, Reg.- und Med.-Rat in Hannover.

Vom Herausgeber dieser Zeitschrift ist an mich das Ersuchen gerichtet, in der zu Ehren von Martin Kirchner an seinem 60. Geburtstage erscheinenden Festnummer der Zeitschrift im Namen der Kollegen ihm mit einem Festgruß und Glückwunsch zugleich den Dank für seine Verdienste um das preußische Medizinalwesen auszusprechen. Ich bin diesem ehrenvollen Ersuchen gern nachgekommen in der Ueberzeugung, damit dem allgemeinen Empfinden der Verehrung und Anerkennung nicht nur aller Medizinalbeamten, sondern auch der gesamten Aerzteschaft Preußens für den hochgeschätzten Mann Ausdruck zu geben, und habe geglaubt, die Aufgabe, Kirchners Wirken zu würdigen, auch übernehmen zu dürfen, weil sie in einem Falle wie diesem in der Tat nicht schwierig ist. Ein Ueberblick über den Werdegang Kirchners, eine Darlegung seines arbeits- und erfolgreichen Lebens, seines Schaffens und Wirkens während seiner vielseitigen langjährigen Tätigkeit sind an sich schon genügend, um ein klares Bild von der Bedeutung dieses Mannes zu erhalten.

Martin Kirchner, jetziger Ministerialdirektor der Medizinalabteilung im Ministerium des Innern in Preußen, ist seit der Berufung von Oothenius durch Friedrich den Großen im Jahre 1784, und Hufelands im Jahre 1809 durch Friedrich Wilhelm III., also seit etwa einem Jahrhundert, der erste Arzt, der wieder an die Spitze der preußischen Medizinalverwaltung gestellt ist!

Mit der durch Kabinettsordre vom 18. September 1911 erfolgten Ernennung Kirchners zum Ministerialdirektor der Abteilung für das Medizinalwesen in Preußen am 1. Oktober 1911 hat Se. Majestät der Kaiser den vieljährigen, tiefempfundenen Wunsch der amtlichen sowohl, wie der nichtamtlichen Aerzteschaft erfüllt. Sie erblicken darin einen Beweis der Fürsorge, des Interesses und Vertrauens, wofür sie ihrem Herrscher von tiefstem Herzen dankbar sind. Der Mann, den Se. Majestät auserwählt und für würdig erachtet hat, in ihm dem Aerztestande ein besonderes Zeichen seiner Gunst und Gnade und seiner Anerkennung zu geben, besitzt in der Tat in hohem Grade die Gaben des Geistes, Charakters und des Herzens, die ihn für die Uebernahme dieser Stellung geeignet und der Auszeichnung für würdig erscheinen lassen.

Martin Kirchner stammt aus einer Pastoren- und Arztfamilie. Als Sohn des Garnisonpredigers Friedrich Kirchner in Spandau und dessen Gemahlin, Tochter des Dr. med. Sauerwald, wurde er am 15. Juli 1854 in Spandau geboren. Nach 2jährigem Besuche der dortigen Schule und mehrjährigem Privatunterricht im elterlichen Hause in Elsholz bei Beelitz kam er zu Michaelis 1866 auf das Joachimsthalsche Gymnasium in Berlin, das er zu Ostern 1874 mit dem Maturitätszeugnisse verließ.

Er bezog die Universität Halle und widmete sich zunächst dem Studium der Geschichte und Philosophie. Erst im Wintersemester 1874 wandte er sich dem medizinischen Studium zu, dem er bis Ende des 3. Semesters in Halle oblag; zugleich leistete er als Einjährig-Freiwilliger seinen Militärdienst mit der Waffe bei dem Füsilier-Regiment Nr. 36 für die Dauer eines halben Jahres ab.

Ostern 1875 bezog er die medizinisch-chirurgische Militärakademie, die jetzige Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen, der er bis Michaelis 1878 angehörte. Im Sommersemester 1878 wurde er auf Grund seiner Dissertationsschrift über die Entdeckung des Blutkreislaufes durch M. Harway, die noch im Buchhandel zu haben ist, zum Doktor med. promoviert.

Am 1. Oktober 1878 wurde er zum Unterarzt ernannt und am 16. Februar 1880 approbiert.

Während der Studienjahre waren es in Halle besonders Männer, wie Erdmann und Droysen, in Berlin die Professoren Du Bois-Reymond, Virchow, Langenbeck, Hirsch und Leyden, deren Vorträge und Lehren ihn fesselten.

Am 24. April 1880 erfolgte seine Ernennung zum Assistenzarzt beim Infanterie-Regiment Nr. 85 in Rendsburg. 1882 wurde er zum Assistenzarzt I. Klasse befördert und nach Altona zum Bureau des Generalarztes des 10. Armeekorps Cammerer versetzt, der bis in sein hohes Alter seinem Bureauassistenten auch nach dessen im März 1887 erfolgter Ablösung seine besondere Zuneigung bewahrt hat. Während seines Aufenthaltes in Altona erfolgte seine Verheiratung mit Fräulein Maria Petersen aus Rendsburg, die ihm im Laufe der Jahre 4 Kinder — 2 Knaben und 2 Mädchen — schenkte, von denen das jüngste leider in frühester Kindheit den Eltern wieder entrissen wurde.

Im März 1887 wurde Kirchner zum Stabsarzt beim Inf.-Regiment Nr. 71 in Erfurt befördert und von hier aus im Oktober 1887 zu dem unter Robert Kochs Leitung stehenden hygienischen Institute in Berlin kommandiert. Etwa 2 Jahre arbeitete er hier unter Koch, mit dem er im späteren Leben noch vielfach zu gemeinsamer Arbeit sich verbinden sollte. Die Zeit im Institute mit ihrer anregenden und lehrreichen Tätigkeit, die er hier zusammen mit C. Fränkel, v. Esmarch, v. Behring, Nocht, R. Pfeiffer, Wernicke, Dönitz, Proskauer, E. Pfuhl und Frank verlebte, war für seinen späteren Werdegang von nicht zu unterschätzendem Einflusse. Hier hatte er Gelegenheit, auf den verschiedensten Gebieten durch Vorlesungen, Abhalten von Kursen, experimentelle Arbeiten seine Kenntnisse zu erweitern; hier konnte er sich dem Studium der Infektionskrankheiten und ihrer Bekämpfung, für das er auch während seines späteren Lebens stets besonderes Interesse zeigte, in vollem Maße widmen.

Im August 1889 kam er als Stabsarzt zum Infanterie-Regiment Nr. 74 nach Hannover, wo er die letzten 7 Jahre seiner militärärztlichen Dienstzeit verbringen sollte. Sein Aufenthalt in Hannover und seine während dieser Zeit ausgeführten Arbeiten bildeten den Anlaß zu seiner späteren zivil- und amtsärztlichen Laufbahn. Abgesehen von seinen militärärztlichen Obliegenheiten als Bataillonsarzt, entfaltete er hier eine vielseitige umfangreiche Tätigkeit, die auch sein organisatorisches Talent, seine Kunst, aus kleinen Anfängen neue segensreiche und große Einrichtungen sich entwickeln zu lassen, erkennen ließen. Der zu der Zeit noch in zwei bescheidenen Räumen des Garnisonlazaretts untergebrachten hygienischen Untersuchungsstelle des 10. Armeekorps, die sich im Laufe der Jahre zu einem umfangreichen Institute auswachsen sollte, wußte er durch seine nur von einem Lazarettgehilfen unterstützten Arbeit schon damals die nötige Geltung zu verschaffen. Als hygienischer Berater der Stadt beaufsichtigte er das städtische Wasserwerk. Er war rege beteiligt an Arbeiten des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, zu dessen Vorstande er gehörte, und widmete sich besonders der Bekämpfung der Rauch- und Rußschädigung der großen

Städte. Daneben hielt er Vorlesungen über Hygiene an der technischen Hochschule.

Die eifrige und vielseitige Tätigkeit Martin Kirchners in seiner Hannoverschen Zeit dürfte kaum ein anderer besser zu bewerten wissen, als der Verfasser dieser Abhandlung, der in jenen Jahren mit dem Jubilar mannigfach zusammen gearbeitet hat und seitdem mit ihm stets in Beziehung und aufrichtiger Freundschaft verbunden geblieben ist.

In Hannover verfaßte Kirchner auch in den Jahren 1892—1896 sein allgemein anerkanntes Lehrbuch „Grundriß der Militärgesundheitspflege", das weit über den militärischen Kreis hinaus Bedeutung gewonnen hat. Wohl mit aus Anlaß dieses Werkes wurde die Zivilmedizinalverwaltung auf Kirchner aufmerksam und berief ihn am 1. Oktober 1896 zunächst als Hifsarbeiter in die damals noch dem Kultusministerium angehörende Medizinalabteilung, der er seitdem dauernd, in den letzten 2½ Jahren als ihr Leiter, angehörte.

Eine Fülle von wichtigen Aufgaben für die Neugestaltung des Medizinalwesens war hier zu erledigen. Kirchner hatte sich zunächst mit der Neuregelung der ärztlichen und zahnärztlichen Prüfungsordnung zu befassen und unter Skrzeczka die Personalien der medizinischen Fakultäten und Medizinalbeamten zu bearbeiten. Im Jahre darauf erhielt er das Dezernat für Seuchenbekämpfung und hatte, nachdem er zu Anfang des Jahres 1898 zum Geheimen Medizinalrat und vortragenden Rat im Ministerium und Mitglied der wissenschaftlichen Deputation, sowie zum außerordentlichen Mitgliede des Kaiserl. Gesundheitsamtes ernannt war, die Grundlagen für das Kreisarztgesetz und die Medizinalreform, die einen Markstein in der Geschichte der Entwicklung des Medizinalwesens bildet, vorzubereiten. Zugleich waren die zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten erforderlichen gesetzlichen Bestimmungen, die Ausführungsbestimmungen zum Reichsseuchengesetz vom 30. Juni 1900 und das preußische Seuchengesetz vom 28. August 1905 zu bearbeiten.

Das Dezernat für die Bekämpfung der Infektionskrankheiten hat Kirchner dauernd bis zum Einrücken in seine jetzige Stelle verwaltet.

Wenn aus Kirchners Dezernat nichts weiter als das Kreisarztgesetz und das Gesetz zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten hervorgegangen wären, so würde er sich damit allein schon ein bleibendes Verdienst erworben haben und diese in sozialer und hygienischer Hinsicht bedeutenden und für die Gesundheit und Kraftentfaltung unseres Volkes wichtigen Schöpfungen immer an seinen Namen erinnern.

Mit diesen Neuerungen war zugleich eine Reihe weiterer Einrichtungen verbunden, die zur erfolgreichen Wirksamkeit der beiden Gesetze auf Kirchners Initiative ins Leben gerufen wurden und nötig waren, um einerseits Ursache und Sitz der zu bekämpfenden Krankheiten schnell und sicher zu erkennen

und festzustellen, anderseits, um auch die Maßnahmen zur Verhütung ihrer weiteren Verbreitung jederzeit zur Hand zu haben.

Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, schuf Kirchner die Medizinaluntersuchungsämter und die Desinfektorenschulen. Aus kleinen Anfängen sich entwickelnd, sind im Laufe der Jahre seit 1903 13 Anstalten — (11 Untersuchungs-Aemter und 2 Untersuchungs-Stellen) — errichtet, infolge von Kirchners Initiative und Bemühungen ferner die hygienischen Institute in Posen, Beuthen, Gelsenkirchen und Saarbrücken ins Leben getreten und zu wertvollen Pflegestätten der öffentlichen Gesundheitspflege ausgebaut. Durch diese Schöpfungen, in Verbindung mit 9 hygienischen Universitätsinstituten, 4 bakteriologischen Laboratorien, 4 städtischen Untersuchungs-Aemtern, dem hygienischen Institute in Frankfurt a. M. und dem Institute für Infektionskrankheiten „Robert Koch" ist jetzt die ganze Monarchie mit einem Netze von gut eingerichteten Instituten überzogen, in denen alljährlich mehr als 1/4 Million Untersuchungen ausgeführt werden. Ebenso sind seit dem Jahre 1907 allmählich in allen Provinzen im ganzen etwa 20 Desinfektorenschulen geschaffen, in denen theoretisch und praktisch das zur Unschädlichmachung der Krankheitskeime erforderliche Personal ausgebildet wird.

Hierher gehört auch die Ausarbeitung der Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetze von 1905 mit den Anweisungen für das Verfahren bei der Bekämpfung der einzelnen Infektionskrankheiten, die unter Mitwirkung des Verwaltungsdezernenten von Kirchner aufgestellt sind.

Abgesehen von dem eben besprochenen ist die Zahl der Arbeitsfelder, auf denen Kirchner allein oder zusammen mit anderen vorbildlich gewirkt hat, überaus groß. Es ist kaum möglich, sie alle im Rahmen dieser kurzen Abhandlung gebührend zu berücksichtigen.

Als Dezernent für Seuchenbekämpfung bearbeitete er zugleich die Angelegenheiten des Institutes für Infektionskrankheiten in Verbindung mit den Direktoren Robert Koch und später Gaffky, die des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. mit Ehrlich.

In der Serumforschung war er mit Ehrlich und v. Behring, in der Bekämpfung der Maul- und Klauenseuche zusammen mit Löffler tätig. In der von Robert Koch geschaffenen Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches hat er mit Koch und den Vertretern der Reichsverwaltung an leitender Stellung gestanden und die segensreiche Entwicklung ihrer Organisation ständig gefördert. Besondere Aufmerksamkeit wandte er der Organisation zur Bekämpfung der Cholera zu, in der er mit Koch zusammen beim Abschluß der Vereinbarungen mit Rußland über die Grenzmaßregeln zur Bekämpfung der Cholera, beim Einbruch der Cholera im Jahre 1905 und in den Zeiten der Choleragefahr in den Jahren 1908 und 1910 erfolgreich wirkte.

Dem im Jahre 1900 geschaffenen Reichsgesundheitsrate gehörte er seit dessen Gründung an und entfaltete darin eine hervorragende Tätigkeit.

Als Professor an der Berliner Universität hielt Kirchner Vorlesungen für Studierende aller Fakultäten über Hygiene und später über Soziale Medizin. Als ordentliches Mitglied der internationalen Tuberkulose-Vereinigung, und Mitglied des Präsidiums des Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose war er ein Hauptförderer der Errichtung der Tuberkulose-Auskunfts- und Fürsorgestellen. In der Erkenntnis, daß in der Lungenkrankenfürsorge die Kranken des Mittelstandes unberücksichtigt bleiben, denen die öffentlichen Lungenheilstätten verschlossen sind, die sich anderseits aber nicht in der Lage befinden, kostspielige Privatheilanstalten aufzusuchen, bemühte er sich, diesem Mangel abzuhelfen. Er wußte für diesen Gedanken wohltätige, wohlhabende Freunde zu gewinnen und rief mit deren materieller Unterstützung unter dem Namen Victoria-Luisestiftung im Jahre 1913 im Bade Rehburg im Kreise Stolzenau eine Lungenheilstätte ins Leben, in der Beamte und deren Angehörige unter mäßigen Bedingungen Aufnahme finden können.

Er gehörte zum Vorstand der Lupuskommission, die unter Althoffs Vorsitz geschaffen wurde, und ist an dessen Stelle jetzt der Vorsitzende.

In dem deutschen Zentralkomitee für Krebsforschung wirkte er zusammen mit Leyden seit 1902, seit der gleichen Zeit im Zentralkomitee für das Rettungswesen in Preußen, in dem er seit 1911 den Vorsitz führt, zusammen mit Althoff und v. Bergmann, mit Althoff und v. Bergmann seit 1902 auch bei den Arbeiten des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen und seit 1904 bei der Ausstellung ärztlicher Lehrmittel im Kaiserin Friedrich-Haus.

Seit 1911 ist er Vorsitzender des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege und Begründer des Deutschen Zentralkomitees für Zahnpflege in den Schulen.

Eine bedeutende Arbeitslast ruhte auf ihm in letzter Zeit als Ministerialdezernent in den Jahren 1909 bis 1911 bei den Verhandlungen über die Abtrennung der Medizinalabteilung vom Kultus- und deren Angliederung an das Ministerium des Innern.

Wenn bei dem Uebergange der Medizinalabteilung vom Kultus- zum Ministerium des Innern in allen Medizinalangelegenheiten, die sich auf die öffentliche Gesundheitspflege, die Bekämpfung der Infektionskrankheiten und das Aerztewesen beziehen, das Ministerium des Innern zuständig ist, so ist dies hauptsächlich Kirchners Bestrebungen zu verdanken. Seinem Einfluß ist es auch zuzu-

schreiben, daß, abgesehen von dem Institute für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M., alle medizinischen Anstalten, die den Zwecken des Medizinalwesens im oben angegebenen Umfange ausschließlich dienen, insbesondere das Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“, der Medizinalabteilung des Ministerium des Innern zugeteilt sind. Es ist dadurch erreicht, daß die Medizinalverwaltung ein in sich abgerundetes, festumschriebenes Gebiet darstellt, die gefürchteten Nachteile einer Zerrissenheit des Medizinalwesens zwischen Kultus- und Ministerium des Innern vermieden und durch die genaue Abgrenzung klare Verhältnisse geschaffen sind, daß besonders die für die Staatshygiene wichtigen Forschungsinstitute, die Krankenhäuser und Anstalten zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten unter der Medizinalabteilung im Ministerium des Innern stehen und diese damit in enger Verbindung mit der medizinischen Wissenschaft geblieben ist.

Kirchners vielseitiges Schaffen bekunden auch die zahlreichen, zum Teil in den von ihm selbst redigierten Zeitschriften veröffentlichten Abhandlungen und Aufsätze mannigfacher Art, über die Infektionskrankheiten, Cholera, Pest, Typhus, Tuberkulose, Lepra, Körnerkrankheit, Wutkrankheit, die Seuchenbekämpfung, das Desinfektionswesen, über Schul- und Wohnungshygiene, Trinkwasserversorgung und Kanalisation. Hinlänglich bekannt ist er auch durch seine zielbewußte Behandlung der Impffrage, seine energische Verteidigung des Impfgesetzes und seinen Kampf mit den verständnislosen Impfgegnern im Reichstage, dessen jüngste Verhandlungen noch in frischester Erinnerung sind.

Großenteils sind seine Schriften und Vorträge die Früchte eigener Untersuchungen, Beobachtungen und Forschungen, die er vielfach an Ort und Stelle, im In- und Auslande vornahm. Hierher gehören die Ergebnisse seiner Studienreisen über Granulose und Lepra in Ostpreußen, Rußland, Norwegen, über Tuberkulose in Belgien, Frankreich, über Cholera in Rußland, über Quarantänewesen in Aegypten am roten Meer, über Schulhygiene in England, über Malaria in Jerusalem etc.

Die schwierigsten Stoffe behandelt er mit Leichtigkeit, schält aus den kompliziertesten Dingen den wichtigen Kern heraus und weiß anderseits den einfachsten Materien Leben und Interesse zu geben und sie geistreich zu behandeln.

Seine Vorträge, seine Schilderungen, meisterhaft gestaltet, nach Form und Inhalt vollendet, erfreuen immer wieder seine Hörer, wie wir dies so häufig bei den Medizinalbeamten-Versammlungen und hygienischen Kongressen empfunden haben.

Ausgerüstet so mit reichen Kenntnissen, die im ernsten Studium im Laboratorium und im Leben, in den Krankheitsgebieten gewonnen sind, mit klarem Verständnis für Ergründung der Ursachen der Volkskrankheiten und weitschauendem Blick für die Beschaffung der zu ihrer Beseitigung erforderlichen

Maßnahmen, ausgestattet mit einer gewaltigen Arbeitskraft, einem hervorragenden Organisationstalent, einem unermüdlichen Fleiße, einer seltenen Rednerbegabung und gewandten Feder, ist Kirchner wie kaum ein anderer befähigt und geschaffen, erfolgreich das für die gesundheitliche Entwicklung unseres Volkes in sozialer und politischer Hinsicht wichtige Medizinalwesen zu leiten.

Wenn Kirchner im vorstehenden in seiner Eigenschaft als Arzt, Forscher und Medizinalbeamter dargestellt ist, so würde das Bild von ihm ungenügend und unvollständig sein, wenn nicht an dieser Stelle auch seiner Persönlichkeit als Mensch gedacht würde. Von klarem und offenem Charakter, ein Freund des trauten Familienlebens und hier einem angenehmen geselligen Verkehr sehr zugänglich, ist er einfach und liebenswürdig in seinem Wesen, von großer Bescheidenheit auch bezüglich seiner Leistungen, die er häufig zu unterschätzen geneigt ist, von großer Wahrheitsliebe und Gewissenhaftigkeit, die er auch bei anderen immer voraussetzt; er wird deßhalb durch Leute, die diesen Anforderungen nicht immer entsprechen, empfindlich und unangenehm berührt. In seinen freundschaftlichen Gesinnungen ist er beständig und aufrichtig, dabei wohlwollend gegenüber allen, mit denen er amtlich oder außeramtlich zu tun hat.

Zahlreich sind die Anerkennungen und Ehrungen, die Kirchner in Würdigung seiner vielen Verdienste von seinem Könige, von deutschen und fremden Staaten und wissenschaftlichen Gesellschaften zuteil geworden sind.

Möge die Wiederkehr seines Geburtstages dem Sechzigjährigen ein rechter Freudentag sein! Möge er diesen Tag noch recht häufig in körperlicher und geistiger Rüstigkeit in seiner jetzigen Stellung festlich begehen! Möge seine Arbeit im Ministerium im Verein mit den Mitgliedern der Medizinalabteilung stets eine Quelle der Zufriedenheit und Freude für ihn bedeuten, und möge es ihm vergönnt sein, die Früchte ihres gemeinsamen Wirkens und Arbeitens in den Erfolgen des gesundheitlichen Blühens und der kraftvollen Entwicklung der Bevölkerung zu sehen! Wir aber, die wir ihm an diesem Tage unsern Glückwunsch von ganzem Herzen darbringen, wollen ihm zugleich als unser vornehmstes Geschenk die Versicherung geben, in treuer gemeinsamer Arbeit mit ihm stets unserer Pflichten und Aufgaben eingedenk zu sein, und mit allen Kräften, jeder an seinem Platze, zu streben und zu wirken für die Gesundheit und damit für das Glück, die Größe und Kraft unseres teueren Volkes und Vaterlandes. Wir werden dadurch zugleich am besten unserem Allergnädigsten Kaiser den Dank für sein der Aerzteschaft erwiesenes Vertrauen, die Berufung eines Arztes an die Spitze der Medizinalverwaltung, durch die Tat bezeugen.

Rückblick auf die Entwicklung des preussischen Medizinal- und Gesundheitswesens, insbesondere der Medizinalverwaltung.

Vom **Herausgeber.**

In dem vorhergehenden Artikel ist von langjährig befreundeter und deshalb besonders berufener Hand ein so vorzüglicher und umfassender Ueberblick über den Werdegang Martin Kirchners sowie über sein arbeits- und erfolgreiches Leben, sein vielseitiges Schaffen und Wirken gegeben, daß es fast überflüssig erscheint, diesem klaren Bilde noch weitere hinzuzufügen; gleichwohl dürfte es der Bedeutung dieses Mannes, insbesondere für die Entwicklung des preußischen Medizinal- und Gesundheitswesens entsprechen, wenn seiner außerordentlichen Verdienste nach dieser Richtung hin in der zu seinem 60. Geburtstag bestimmten Festnummer unseres Fachblattes noch etwas ausführlicher gedacht wird. Fast achtzehn Jahre ist der jetzige Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner in der Zentralinstanz des preußischen Medizinalwesens tätig gewesen; seine Berufung in diese erfolgte im Oktober 1896 zu einer Zeit, als man sich endlich in Preußen zur Durchführung der schon seit Jahrzehnten sowohl von den gesetzgebenden Körperschaften, als von den beteiligten Kreisen, namentlich von den beamteten und nicht beamteten Aerzten, als unbedingt notwendig anerkannten und immer wieder von neuem geforderten Medizinalreform entschlossen und kurz vorher (im Juni 1896) eine Kommission einberufen hatte, von der „Grundzüge über die Organisation des Medizinalwesens“ ausgearbeitet waren. Die Medizinalabteilung war damals noch dem Kultusministerium unterstellt; technischer Dezernent für die Personalien und Organisationsfragen war Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Skzerczka, dem Kirchner zunächst als Hilfsarbeiter beigegeben wurde, um $1^1/_4$ Jahre später an seine Stelle zu treten, nach dem ihm schon vorher das sehr wichtige Dezernat der Seuchenbekämpfung überwiesen war, das er bis zu seiner Ernennung zum Ministerialdirektor stets behalten hat.

Es erübrigt sich, an dieser Stelle auf die Vorarbeiten zur Medizinalreform, zu dem späteren Kreisarztgesetz und dessen Ausführungsbestimmungen näher einzugehen; denn sie sind den Medizinalbeamten genügend bekannt und außerdem vom Verfasser in der Festschrift zur Feier des 25 jährigen Jubiläums des Preußischen Medizinalbeamtenvereins ausführlich besprochen. Nächst dem späteren Direktor der Medizinalabteilung Dr. Förster, dem damaligen Verwaltungs- und juristischen Dezernenten in dieser Abteilung, hat jedenfalls Kirchner als Mitarbeiter die größten Verdienste bei der Ausarbeitung und Durchführung dieser ersten und grundlegenden Umgestaltung unseres Medizinalwesens. Wenn sie leider nicht in dem Umfange zur Durchführung gelangt ist, wie sie ursprünglich geplant war: Umgestaltung aller Instanzen und

vor allem Anstellung vollbeschäftigter, vollbesoldeter und nicht mehr auf Nebeneinnahmen aus der ärztlichen Praxis angewiesener Kreisärzte, so trägt daran Kirchner keine Schuld, hat er doch jederzeit den Standpunkt vertreten, daß der Kreisarzt unabhängig von der ärztlichen Praxis gestellt werden müsse; er hat nur nicht ein Verbot dieser ärztlichen Tätigkeit für nötig gehalten, weil er der Ansicht war, daß sich ihre Ausübung infolge des außerordentlich gesteigerten Umfanges der amtsärztlichen Geschäfte ebenso wie bei den Reg.- und Medizinalräten von selbst verbieten würde. Zu seinem lebhaften Bedauern ist aber die Vollbesoldung der Kreisärzte an dem Widerstande, den sie in der bekannten Maikonferenz im Jahre 1897 und namentlich im Finanzministerium fand, gescheitert; sie würde auch sicherlich im Landtage keine Zustimmung gefunden haben, da hier besonders von konservativer Seite die Befürchtung gehegt wurde, einem von der ärztlichen Praxis losgelösten Gesundheitsbeamten würde „der grüne Baum des Lebens, die Verbindung mit dem Krankenbette“ fehlen; es sei deshalb zu befürchten, daß ein solcher Beamter zum verknöcherten Stubengelehrten und Theoretiker herabsinken würde; noch mehr sei außerdem zu befürchten, daß er in seinem Kreise nach allen möglichen gesundheitlichen Mißständen herumschnüffeln und durch seinen Uebereifer den Gemeinden nur unnötige Kosten, den Polizei- und Verwaltungsbehörden erhebliche Mehrarbeit verursachen würde; auch sei eine zu große und häufig mit finanziellen Opfern verbundene Belästigung des Publikums zu befürchten. Nun, die Zukunft hat sehr bald gezeigt, daß alle diese Bedenken von falschen Voraussetzungen ausgingen, und daß alle diejenigen Recht behalten haben, die wie Kirchner einen vollbesoldeten, im Hauptamte angestellten Gesundheitsbeamten forderten, damit dieser völlig unabhängig vom Publikum sich nur seinen amtlichen Verpflichtungen widmen könne, nicht nach rechts und links zu schauen oder zu erwägen brauche, ob er sich nicht etwa bei seinen für die Beteiligten mitunter unbequemen und zu Kosten Veranlassung gebenden Vorgehen in seiner Privatpraxis schaden könnte. Außerdem läßt sich nicht bestreiten, daß ein Gesundheitsbeamter nur dann auf die Unterstützung und Mitarbeit der praktischen Aerzte rechnen kann, wenn er ihnen gegenüber in der ärztlichen Praxis als Konkurrent ausscheidet; eine solche Mitwirkung bildet aber eine der wichtigsten Vorbedingungen für seine amtliche Tätigkeit, namentlich auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung und der Durchführung hygienischer Maßregeln.

Wenn nun trotzdem das im Jahre 1899 vom Landtage angenommene und unter dem 16. September 1899 veröffentlichte preußische Gesetz, betr. die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen, einen außerordentlich segensreichen Erfolg für die Entwicklung des ganzen preußischen Medizinal- und Gesundheitswesen gehabt und sich als eine vorzügliche

Grundlage zu dessen weiterem Ausbau erwiesen hat, so ist dies besonders dem Umstande zu verdanken, daß es mit Hilfe der ärztlichen Mitglieder des Abgeordnetenhauses gelang, in den vorgelegten Gesetzentwurf eine Bestimmung hineinzubringen, wonach vollbesoldete Kreisärzte angestellt werden können, falls es besondere Verhältnisse fordern. Der Landtag glaubte damals, daß sich eine solche Anstellung nur in Ausnahmefällen nötig erweisen würde; seine Ansicht hat sich aber sehr bald, wie schon vorher bemerkt ist, als unzutreffend erwiesen. Es ist jedoch erfreulich und muß besonders anerkannt werden, daß er diesen Irrtum später eingesehen hat, und daß jetzt auch das Finanzministerium zu einer anderen Anschauung gekommen zu sein scheint.

Wem verdanken wir nun diesen Umschwung der bisherigen Anschauungen? In erster Linie zweifellos dem Umstand, daß die unter hervorragender Mitwirkung von Kirchner ausgearbeitete und als mustergültig zu bezeichnende Dienstanweisung für die Kreisärzte, die ursprünglich auf einen vollbesoldeten und vollbeschäftigten Kreisarzt zugeschnitten war, bei Durchführung des Kreisarztgesetzes trotzdem beibehalten oder wenigstens nur in geringfügigen Punkten geändert wurde, obwohl in diesem die Vollbesoldung nur als Ausnahme vorgesehen war. Man muß sich eigentlich wundern, daß weder die bei Ausführung des Gesetzes sonst beteiligten Ministerien noch der Landtag, dem die Dienstanweisung später zur Kenntnis vorgelegt wurde, sich über deren Konsequenzen klar geworden sind und mit Rücksicht auf die von ihnen bisher vertretenen, mit den Bestimmungen dieser Anweisung nicht in Einklang stehenden Anschauungen kein Veto eingelegt haben. Jedenfalls haben die damaligen maßgebenden Dezernenten in der Medizinalabteilung, die beiden späteren Ministerialdirektoren Dr. Förster und Dr. Kirchner, mit weit ausschauendem Blick und glücklicherweise mit bestem Erfolg durch die Dienstanweisung dafür gesorgt, daß sich von Jahr zu Jahr immer mehr die Notwendigkeit einer Vollbesoldung der Kreisärzte als Regel und nicht als Ausnahme ergeben würde. Es läßt sich allerdings nicht verkennen, daß auch das Verständnis für die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesen sowohl bei allen Behörden, Abgeordneten usw., als im ganzen Volke überhaupt von Jahr zu Jahr immer mehr gewachsen und demzufolge auch die Notwendigkeit einer wesentlich erweiterten Tätigkeit der Gesundheitsbeamten in steigendem Maße anerkannt ist. Endlich verdient hervorgehoben zu werden, daß sich auch die Kreisärzte den ihnen durch das Gesetz und vor allem durch die Dienstanweisung übertragenen wesentlich erweiterten Aufgaben mit ganz geringen Ausnahmen als völlig gewachsen erwiesen und gezeigt haben, daß sie das Reiten nicht verlernt hatten, nachdem sie endlich in den lang ersehnten Sattel gesetzt waren. Wenn auch in den ersten Jahren mannigfache Beschwerden im Landtage und auch sonst gegen den angeblichen Uebereifer der Kreisärzte

erhoben wurden, so konnten sie doch fast ausnahmslos als unbegründet zurückgewiesen werden; in den letzten Jahren sind sie überhaupt gänzlich verstummt, trotzdem das neue Landesseuchengesetz vom 28. August 1905 und die neue Dienstanweisung vom 1. September 1909 die Dienstobliegenheiten der Kreisärzte auf dem Gebiete des Gesundheitswesens nicht vermindert, sondern im Gegenteil wesentlich auch nach sozialhygienischer Hinsicht erweitert haben. Die Kreisärzte sind immer mehr im wahren Sinne des Wortes die gesundheitlichen Berater ihres Kreises, sowohl der Behörden als der Bevölkerung geworden; sie haben trotz der fehlenden Vollbesoldung ihre Stellung als eine hauptamtliche angesehen und sich demzufolge bemüht, ihren amtlichen Aufgaben in vollem Umfange gerecht zu werden, vielfach unter Verzichtleistung auf jede ärztliche Praxis. Dies ist auch wiederholt von maßgebender Stelle anerkannt; es sei in dieser Hinsicht nur an den Min.-Erlaß vom 1. Juni 1904 erinnert. Wenn daher die meisten Kreisärzte den Wunsch haben, entsprechend ihrer in allen größeren Kreisen tatsächlich vorhandenen Vollbeschäftigung auch vollbesoldet zu sein, so ist dieser Wunsch nicht nur durchaus berechtigt, sondern seine Erfüllung auch im öffentlichen Interesse, namentlich mit Rücksicht auf ihr gutes Verhältnis zu den praktischen Aerzten, dringend erwünscht. Es ist nach dieser Richtung hin, wie die Verhandlungen auf der diesjährigen Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbemtenvereins gezeigt haben, auch bei den älteren Kreisärzten, denen in ihrer früheren Stellung als Kreisphysikus die privatärztliche Tätigkeit besonders ans Herz gewachsen war, und die sie deshalb, ganz abgesehen von finanziellen Gründen, nicht gerne vermissen wollten, eine Aenderung ihrer bisherigen Anschauung eingetreten. Erfreulicher Weise hat sich ja auch die Stellung der Kreisärzte von Jahr zu Jahr gebessert — es sei nur an die neue Gehalts- und Ruhegehaltsregelung im Jahre 1909 erinnert — und an Ansehen zugenommen. Wer früher noch Kreisphysikus gewesen ist und sich jener jammervollen Zeiten erinnern kann, der wird jetzt sicherlich aus vollem Herzen sagen: es ist demgegenüber eine Lust, Kreisarzt zu sein! Das sollten sich namentlich die jüngeren Kreisärzte sagen, die nur bessere Zeiten kennen gelernt haben; es wird dann vielleicht manche bei ihnen noch vorhandene Unzufriedenheit verschwinden, selbst wenn sie anscheinend berechtigt ist. Nach den Erklärungen des jetzigen Ministerialdirektors auf der vorhererwähnten Versammlung haben sie außerdem die beste Aussicht, daß alle noch ausstehenden Wünsche der Kreisärzte allmählich erfüllt werden, soweit dies nicht schon geschehen sind, z. B. schnelle Wiederbesetzung erledigter Stellen, vorzugsweise Berücksichtigung älterer Kreisärzte bei Besetzung vollbesoldeter Stellen, und daß vor allem die Zahl der vollbesoldeten Kreisärzte in schnellerem Tempo als bisher vermehrt werden wird. Eine erfreulichere Nachricht als diese konnte den Kreisärzten nicht gebracht werden; deshalb sind

sie auch dem Mann, dem sie diese verdanken, doppelt Dank schuldig. Nicht minder ist dies der Fall für die Fürsorge, die er ihnen in bezug auf ihre Fortbildung im hohen Maße hat zuteil werden lassen, worüber noch an anderer Stelle ausführlich berichtet werden wird. Auch für die Kreisassistenzärzte sind besondere Ausbildungskurse in Aussicht genommen; jedenfalls wird jetzt mit Recht an dem Grundsatz festgehalten, daß jeder Aspirant für die Medizinallaufbahn erst eine Zeitlang Kreisassistenzarzt gewesen und sich als solcher bewährt haben muß, ehe seine Ernennung zum Kreisarzt erfolgt.

So große Fortschritte, wie die Entwicklung des preußischen Medizinal- und Gesundheitswesens gerade in der Kreisinstanz aufzuweisen hat, so gering sind solche leider in der Bezirks- und Provinzialinstanz. Der Regierungs- und Medizinalrat hat allerdings insofern eine etwas größere Selbständigkeit in bezug auf seine amtliche Tätigkeit erhalten, als er viele an die nachgeordneten und gleichgeordneten Behörden gehende Sachen unmittelbar erledigt und unterzeichnet; auch ist er durch Pauschalierung der Reisekosten (1912) in bezug auf seine Reisetätigkeit vielleicht etwas unabhängiger geworden. Im übrigen aber hat er infolge des Kreisarztgesetzes, der Seuchengesetzgebung und der mannigfachen sonstigen gesetzlichen Bestimmungen, Ministerialerlasse usw., namentlich auch auf sozialhygienischem Gebiete, eine ganz erhebliche Mehrarbeit bekommen, die in den sieben größten Regierungsbezirken sogar die Anstellung von vollbesoldeten Kreisärzten als ständige Hilfsarbeiter notwendig gemacht hat (1901). Dieser erheblichen Mehrarbeit steht jedoch leider, abgesehen von der im Jahre 1909 für das älteste Drittel dieser Beamten eingeführten pensionsfähigen Zulage von 600 M., keine sonstige Vergünstigung oder Verbesserung gegenüber. Die Regierungs- und Medizinalräte teilen eben das Schicksal aller technischen Räte bei den Regierungen, was sehr zu bedauern ist, da es voraussichtlich künftig schwer halten wird, diese so überaus wichtigen und verantwortungsvollen Stellen mit Beamten zu besetzen, die den ihnen obliegenden Aufgaben völlig gewachsen sind. Durch die Herabsetzung der Reisekosten und Tagegelder (1909) haben die betreffenden Beamten außerdem erhebliche Einbußen erlitten, die vielfach nicht einmal durch jene persönliche Zulage gedeckt werden, ganz abgesehen davon, daß auf solche nur ein Drittel von ihnen Anspruch hat. Hoffentlich gelingt es dem jetzigen Ministerialdirektor, wie auf anderen Gebieten auch hier bessere Verhältnisse zu schaffen. Seinem Vorschlage gemäß sollen ja bei der bevorstehenden Reform der allgemeinen Verwaltung die mit Recht als völlig überflüssig anerkannten Provinzial-Medizinalkollegien aufgehoben werden; es scheint aber nicht, als ob dem Oberpräsidenten dafür ein medizinisch technischer Rat in gehobener Stellung — Provinzial-Medizinalrat — beigegeben werden soll, obwohl scheinbar an eine Einschränkung der bisherigen Befugnisse der Provinzialinstanz

nicht gedacht wird und wohl auch schwerlich gedacht werden kann, so lange es provinzialständische Körperschaften gibt, für die der Oberpräsident als vorgesetzte Behörde nicht zu entbehren ist. Ihm wird demzufolge fernerhin ein so umfangreiches Arbeitsgebiet auch in hygienischer Hinsicht bleiben, daß er einen ständigen medizinisch-technischen Beirat gar nicht entbehren kann. Mit der Schaffung eines Provinzial-Medizinalrats würde aber die Beförderungsaussicht für die Reg.- und Medizinalräte wesentlich gebessert und dadurch die Stellung in der Bezirksinstanz auch von tüchtigen Kreisärzten eine begehrtere werden, als dies zurzeit der Fall ist.

Nur einen Lichtpunkt hat die Neuzeit den Regierungs- und Medizinalräten gebracht: die von ihnen mit Freuden begrüßten regelmäßig jährlich stattfindenden amtlichen Konferenzen am Sitz der Zentralinstanz, deren Einrichtung der Initiative Kirchners zu verdanken ist, ebenso wie er für die Fortbildung der Regierungs-Medizinalräte auf den für ihre amtlichen Aufgaben in Betracht kommenden Gebieten weitgehend gesorgt hat.

Wenn somit in der Organisation der preußischen Medizinalverwaltung in der Bezirks- und Provinzialinstanz, abgesehen von den in dieser Instanz errichteten Medizinal-Untersuchungsämtern und Medizinaluntersuchungsstellen, über deren Einrichtung und Tätigkeit diese Festnummer eine besondere Abhandlung bringt, mehr oder weniger alles beim Alten geblieben ist, so hat demgegenüber die Zentralinstanz eine Umgestaltung erfahren, die nächst der Durchführung des Kreisarztgesetzes und der dadurch herbeigeführten Reform der Kreis- und Lokalinstanz als der bedeutungsvollste Fortschritt auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung angesehen werden kann. Wir haben allerdings noch kein eigenes Medizinalministerium oder Ministerium für öffentliche Wohlfahrts- und Gesundheitspflege, das von mancher Seite als notwendig bezeichnet wird, auf das wir aber wohl voraussichtlich noch lange warten können, obwohl es ihm sicherlich an Arbeit nicht fehlen würde. Wir haben aber seit 1904 wenigstens eine Medizinalabteilung im Ministerium mit einem eigenen Ministerialdirektor, der diese wichtige Abteilung nicht mehr wie früher gleichsam im Nebenamte verwaltet, und deren Mitgliederzahl entsprechend ihrem durch die neuere Gesetzgebung außerordentlich vermehrten Arbeitsgebiete durch zwei vortragende Räte (ein medizinisch-technisches Mitglied [1901] und einen Verwaltungsbeamten [1907]) sowie durch drei ständige Hilfsarbeiter (je einen Psychiater [1893], Arzt [1897] und Apotheker [1898]) und zwei ebenfalls als Hilfsarbeiter beschäftigte Kreisassistenzärzte vermehrt ist. Vor allem haben wir aber weiterhin erreicht, daß diese Abteilung seit April 1911 vom Kultusministerium, wo sie Jahrzehnte hindurch mehr oder weniger einen Dauerschlaf gehalten hatte und erst in dem letzten Jahrzehnt wie Dornröschen zu neuem

Leben erwacht war, abgetrennt und dem Ministerium des Innern überwiesen ist, und daß sie bald darauf (am 1. Oktober 1911) wieder einen ärztlichen Direktor erhalten hat.

Die Frage, ob das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen besser zum Ressort des Ministerium des Innern, also zu dem der inneren Verwaltung, oder zu dem Kultusministerium gehört, ist seit Jahren eine viel umstrittene. Abgesehen von Mecklenburg-Schwerin, wo es dem Justizministerium zugeteilt ist, war Preußen der einzige Staat, wo das früher dem Ministerium des Innern zugewiesene Medizinalwesen seit 1817 zum größten Teil und seit 1849 vollständig dem Kultusministerium überwiesen war. Diese Anordnung hat sich in der Folgezeit zweifellos als ein Fehlgriff erwiesen; denn abgesehen von dem Regulativ vom 8. August 1835 über die Bekämpfung ansteckender Krankheiten, einer für die damalige Zeit zweifellos hervorragenden Leistung, ist seit dieser Ueberweisung ein vollständiger Stillstand auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens eingetreten, obwohl dessen Reformbedürftigkeit allseitig anerkannt war und es an Anregungen und Reformvorschlägen nicht gefehlt hat. Das Kultusministerium war eben von anderen, nach seiner Ansicht jedenfalls wichtigeren Aufgaben zu sehr in Anspruch genommen, so daß die Medizinalabteilung ebenso wie beim Etat immer zuletzt kam und gleichsam als Aschenbrödel oder wenigstens als Stiefkind behandelt wurde. Selbst das vorher erwähnte Regulativ kann strenggenommen nicht dem Kultusministerium als hervorragende Leistung zugeschrieben werden, sondern ist das Werk einer aus Anlaß der Cholera vom König im Jahre 1832 eingesetzten besonderen Sachverständigen-Kommission, bei der nicht der Kultusminister oder dessen Vertreter, sondern ein höherer Offizier, Generalleutnant v. Thiele I, den Vorsitz führte. Es war somit nur natürlich, daß fast alle diejenigen Parlamentarier, Fachmänner usw., die in Wort und Schrift die Notwendigkeit einer Reform des preußischen Medizinalwesens betonten, gleichzeitig auch deren Ueberweisung an das Ministerium des Innern verlangten, wohin sie überhaupt als Teil der inneren Verwaltung gehöre. Diese Stimmen sind auch späterhin nicht verhallt, trotzdem das Kultusministerium endlich gegen Ende des vorigen Jahrhunderts mit der Ausarbeitung und Durchführung des Kreisarztgesetzes eine vorzügliche Grundlage für die Organisation und Entwicklung des preußischen Gesundheitswesens geschaffen und in den darauf folgenden Jahren überhaupt den Anforderungen des öffentlichen Gesundheitswesens in hervorragender Weise Rechnung getragen hat, dank dem großen Verständnisse, das der damalige Leiter der Medizinalabteilung, Ministerialdirektor Dr. Förster, allen hygienischen Fragen entgegenbrachte, und dank der regen Initiative, der großen Sachkenntnis und der außerordentlichen Arbeitskraft seiner Mitarbeiter, der vortragenden Räte in der Abteilung. Die Ansicht, daß das Kultusministerium überlastet sei, und daß deshalb wieder eine Hintansetzung des Gesundheitswesens zu

befürchten sei, wurde jedoch immer wieder von neuem geltend gemacht, — obwohl eine solche Befürchtung bei der großen Bedeutung, die gerade das öffentliche Gesundheitswesen für die Erhaltung der Volkskraft und damit für die Erhaltung eines ganzen Staates und Volkes gewonnen hat, kaum noch berechtigt war. Vor allem kam man aber immer mehr zu der Ueberzeugung, daß das Medizinal- und Gesundheitswesen, wenn man von der Ausbildung der Aerzte, Zahnärzte und Apotheker absieht, doch weit mehr und weit engere Berührungspunkte mit der inneren Verwaltung als mit dem Kultusministerium habe; vielleicht hatte auch mancher im Stillen gehofft, daß zu weitgehenden Ansprüchen der Medizinalverwaltung dann wirksamer vorgebeugt werden könnte. Von ärztlicher Seite wurde allerdings vielfach die Befürchtung geäußert, daß die Wissenschaft auf gesundheitlichem Gebiete dann nicht mehr volle Berücksichtigung finden könnte; eine Ansicht, die nur dann eine gewisse Berechtigung hat, wenn den technischen Räten nicht der erforderliche Einfluß eingeräumt wird. Sie wird aber vollständig hinfällig, sobald ein Arzt an die Spitze der Medizinalverwaltung gestellt wird; denn wenn auch ein tüchtiger Jurist und Verwaltungsbeamter an dieser Stelle Hervorragendes leisten kann wie es der frühere Ministerialdirektor Dr. Förster bewiese[n] hat, so kann dies doch nur als eine die Regel beweisende Au[s]nahme gelten. Nur ein Arzt an der Spitze der Medizinalve[r]waltung bietet, wie wir bereits früher betont haben,[1]) die

„Sicherheit dafür, daß solche Stagnationen in der Entwicklu[ng] unseres Medizinalwesens wie im vorigen Jahrhundert, künftighin vermied[en] werden und dieses mit den Fortschritten der Wissenschaft und den si[ch] daraus ergebenden praktischen Nutzanwendungen gleichen Schritt u[nd] Tritt hält. Er gibt vor allem auch die Sicherheit dafür, daß die im Interesse [der] Volksgesundheit notwendige Selbständigkeit der Medizinalverwaltung den V[er]waltungsbehörden gegenüber gewahrt und den Anforderungen der öffentlic[hen] Gesundheitspflege nach Möglichkeit Rechnung getragen wird. Nicht min[der] wird er dafür sorgen, daß die Wissenschaft dabei nicht zu kurz kommt, [...] sich ihre Förderung nach jeder Richtung angelegen sein lassen. Die wis[sen]schaftlichen Forschungsergebnisse in Einklang zu bringen mit den praktisc[hen] Erfahrungen und den sonst für ihre Durchführung in Betracht kommen[den] Verhältnissen, das ist der Weg, der auf dem Gebiete der öffentlichen Ges[und]heitspflege zum Ziele führt. Dieses Ziel wird aber ein tüchtiger Fachm[ann] auf Grund seiner ganzen Vor- und Ausbildung leichter erreichen, als der [Ver]waltungsbeamte, der trotz aller Tüchtigkeit jenen Gebieten gegenüber ein [...] bleiben wird. Seine Mitwirkung ist allerdings nicht zu entbehren; im Gegen[...]
sie ist für die Durchführung der erforderlichen Maßn[...]nen unbedingt n[...]
wenn sich diese nicht mit den bestehenden gesetzlich[...] [Vor]schriften in W[...]
spruch setzen sollen. Nach dieser Richtung hin [...]chmann
absolut zuverlässiger Ratgeber sein und ihm gleic[...] zur Ver[...]
lichung der von ihm im öffentlichen gesundheitl[...]ls notwe[...]
befundenen Forderungen ebnen."

Mit vollem Recht ist deshalb i[...] von ne[...]
diese Forderung sowohl von ärztlich[...] von der F[...]
presse und von hervorragenden Parla[...]stellt; nam[...]
lich geschah dies bei den Land[...]

---

[1]) Siehe diese Zeitschrift; Jahrg. [...]

1911 von Mitgliedern beider Häuser, unter Hinweis auf Friedrich den Großen, der seiner Zeit einen Mediziner zum Direktor bei dem damaligen Obermedizinalkollegium ernannt und den dazu vorgeschlagenen Juristen in drastischer Weise abgelehnt habe, „da er davon ja nichts verstehe“.[1]) Zur großen Freude aller beteiligten Kreise ist dann auch Se. Majestät der Kaiser diesem Beispiel seines großen Vorfahren gefolgt und hat im September 1911 Martin Kirchner zum Wirklichen Geh. Ob.-Med.-Rat und Direktor der Medizinalabteilung sowie zugleich für die Dauer seines Hauptamts zum Direktor der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen und zum Direktor des Apothekerrats ernannt. Damit ist ein langjähriger Wunsch der beamteten und nicht beamteten Aerzte erfüllt, für dessen Erfüllung diese Sr. Majestät den allergrößten Dank schuldig sind. Mit dieser Ernennung war aber auch der richtige Mann an die richtige Stelle gesetzt, der durch seine langjährige Tätigkeit als vortragender Rat mit den außerordentlich wichtigen Aufgaben seines neuen Amtes völlig vertraut war und sich nicht nur in der Verwaltung bewährt hatte, sondern entsprechend der von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Waldeyer im Herrenhause gestellten Forderung auch „eine hinreichende wissenschaftliche Autorität dadurch besitzt, daß er selbst als Forscher im Gebiete seines Ressorts anerkannt ist“. Das vollste Vertrauen ist ihm bei Uebernahme seines so verantwortungsvollen Amtes von allen Seiten, insbesondere ärztlicherseits, entgegengebracht; und daß er den Aufgaben seiner neuen Stellung nach jeder Richtung gerecht geworden ist, dafür ist die erfreuliche, den wachsenden Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege Rechnung tragende Fortentwicklung des preußischen Gesundheitswesens der beste Beweis. Mit vollem Recht konnte Kirchner daher auf der diesjährigen Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins sagen: „Wenn wir auch keine großen gesetzgebenden Werke haben durchführen können, so glaube ich doch sagen zu dürfen, daß in allen Zweigen der Medizinalverwaltung ein frisches Leben pulsiert. Manche Saat ist gestreut, mancher Keim geht auf. Wir haben aber noch eine ganze Reihe von Aufgaben vor uns! Lassen Sie uns fest und fröhlich zugreifen, um sie zu erfüllen!“

---

[1]) Die bekannte Kabinettsordre vom 1. Februar 1784 ist so charakteristisch, daß sie an dieser Stelle nochmals erwähnt zu werden verdient. Sie lautet: „Es hat mich gewundert, aus Eurem Bericht vom 30. Januari zu ersehen, daß der beim Kammergericht gestandene Praesident von Reboeur die Direktor-Stelle beim Ober-Collegio Medico, mit einem Traktament von 200 Thalern gehabt hat: Wie schickt sich denn ein Justizmann zu dem Medizin'schen Fach; davon versteht er ja nichts, und soll auch keiner dergleichen wieder dabei gesetzt werden. Vielmehr gehört dazu ein guter und vernünftiger Medicus; und muß man suchen, einen solchen dazu vorzuschlagen; der schickt sich eher dahin, als einer von der Justiz, welches ich Euch also hierdurch zu erkennen geben wollen, umb Euch hiernach zu achten. Ich bin Euer gnädiger König.“
gez. Friedrich.

Dieser Aufforderung werden alle beteiligten Kreise, namentlich die Medizinalbeamten gern Folge leisten, in der frohen Hoffnung und in dem sicheren Bewußtsein, daß unter solcher tatkräftigen und zielbewußten Führung der Weg stets zum Siege führen wird!

Wenn der Uebergang der Medizinalverwaltung zum Ministerium des Innern sich ohne jede Schwierigkeit vollzogen hat, wenn sich hierbei alle die daran geknüpften Hoffnungen erfüllt haben, und anderseits die von vielen Seiten gehegten Befürchtungen ausgeblieben sind, so ist dies insbesondere auch dem leider vor kurzem aus seinem Amte geschiedenen hohen Chef dieses Ministeriums, H. Staatsminister v. Dallwitz, zu verdanken, der den Aufgaben, Anregungen und Bestrebungen der ihm unterstellten Medizinalverwaltung stets ein ebenso großes Verständnis, als Interesse und Wohlwollen entgegengebracht und sie in jeder Weise gefördert hat. Sein Name wird deshalb in der Geschichte des preußischen Medizinalwesens unvergessen bleiben! Möge sein Herr Amtsnachfolger diesem das gleiche Verständnis, Wohlwollen und Interesse entgegenbringen, dann wird es um dessen weitere Entwicklung allzeit gut bestellt sein!

Mit diesem Wunsche wollen wir heute unseren kurzen Rückblick schließen und ihm nicht noch andere Wünsche, die wir für die Zukunft etwa auf dem Herzen haben, zum Geleit geben; das mag einer anderen Gelegenheit vorbehalten bleiben. Ebenso würde eine Besprechung aller sonstigen Fortschritte, die das preußische Gesundheitswesen in neuester Zeit auf anderen Gebieten, wie Wohnungshygiene, Wasserversorgung, Nahrungsmittelhygiene, Säuglingspflege, Schulhygiene, Seuchenbekämpfung, Kranken- und Irrenpflege, ärztliche Fortbildungskurse, Hebammenwesen, Feuerbestattung usw. erfahren hat, zu weit führen; ein Teil davon wird außerdem in den nachfolgenden Abhandlungen eingehend berücksichtigt werden und zwar besonders diejenigen Gebiete, deren zeitgemäße Ausgestaltung M. Kirchner in erster Linie zu danken ist. Wenn wir bei Gelegenheit des 25jährigen Jubiläums des Preußischen Medizinalbeamtenvereins in der dazu herausgegebenen Festschrift (s. S. 80) sagen durften, „daß es dank der mannigfachen gesetzgeberischen Maßnahmen, ministeriellen Anordnungen usw. auf allen Gebieten des öffentlichen Gesundheitswesens gelungen sei, das preußische Medizinal- und Gesundheitswesen wieder in Einklang mit den großartigen Errungenschaften der wissenschaftlichen Gesundheitspflege zu bringen", so können wir dies heute nur wiederholen; denn es ist seitdem Gott sei Dank kein Stillstand eingetreten, sondern fast überall sehen wir eine hocherfreuliche Fortentwicklung, die sich auch aus der nachstehenden Uebersicht über die dauernden Ausgaben des Medizinaletats ergibt, die

jener Festschrift entnommen und bis zur Neuzeit ergänzt ist. Es zeigt sich dabei recht deutlich, daß die Ausgaben für die Kreis- und Zentralinstanz sowie für die der Medizinalverwaltung zugeteilten wissenschaftlichen Institute ständig gewachsen sind, dagegen die für die reformbedürftige Bezirks- und Provinzialinstanz fast die gleichen geblieben sind.

Übersicht über die dauernden Ausgaben für das preußische Medizinalwesen in den Jahren:[1]

	1883	1895	1901	1908	1914
	M.	M.	M.	M.	M.
1. a. Medizinalabteilung im Ministerium[3]	30 600[2]	33 000	49 200	75 900	90 650
b. Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen[4]	14 700	17 100	18 300	24 300	24 300
2. a. Besoldung der Mitglieder der Provinzial-Medizinal-Kollegien[5] .	55 500	58 200	58 950	59 850	59 850
b. Besoldung der Reg.- und Medizinal-Räte[6] .	166 640	180 100	183 000	244 200	262 200
c. Besoldung von vollbesoldeten Kreisärzten als ständige Hilfs-					

[1]) Bei der Übersicht sind die Ausgaben zur Remunerierung der Kommissionen für die Prüfung der Ärzte usw., die durch die Prüfungsgebühren gedeckt werden, sowie für das Bad Bertrich und alle Anstalten (z. B. für die Charité usw.), die früher noch auf dem Medizinaletat geführt wurden, jetzt aber zum Etat des Kultusministeriums gehören, unberücksichtigt geblieben, dagegen die Ausgaben für die Medizinalabteilung des Ministeriums und für die Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen mit aufgenommen.

[2]) Die Zahlen sind überall auf Mark abgerundet.

[3]) In der Medizinalabteilung des Ministeriums waren im Jahre 1883 nur 3 vortragende technische Räte (7500—9000 M., seit 1909: 7000—11500 M. Gehalt und 1600 M. Wohnungsgeldzuschuß) und ein technischer Rat im Nebenamt (900 M.) vorhanden; ein besonderer Direktor (14—17000 M. Gehalt und 2000 M. Wohnungsgeldzuschuß) ist erst im Jahre 1904 angestellt, bis dahin wurde die Stelle von dem Unterstaatssekretär oder dem Direktor der geistlichen Abteilung des Kultusministeriums wahrgenommen. Die Ernennung eines vierten vortragenden Rates erfolgte im Jahre 1901, eines fünften nicht technischen Rates (Verwaltungsbeamter) 1907; ärztliche Hilfsarbeiter (je ein Psychiater, Arzt und Apotheker) sind in den Jahren 1893, 1896 und 1898 angestellt, außerdem 2 Kreisassistenzärzte als Hilfsarbeiter.

[4]) Die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen, die im Jahre 1883 aus dem Direktor (1500 M. Remuneration) und 11 Mitgliedern (1200 M. Remuneration) bestand, zählt jetzt 17 Mitglieder; außerdem sind zwei Hilfsarbeiter beschäftigt.

[5]) Die Mitgliederzahl der Provinzial-Medizinal-Kollegien betrug 1883: 35 (mit 600—1200 M. Gehalt); dazu kamen 33 Assessoren (mit 600—1050 M. Gehalt); ihre Zahl ist seitdem auf 39 und 36 gestiegen, das Gehalt jedoch das gleiche geblieben.

[6]) Die Zahl der Regierungs- und Medizinalräte hat sich seit 1883 nur um zwei (je 1 in Berlin und Allenstein) vermehrt (von 36 auf 38); ihr Gehalt betrug bis 1897: 4200—6000 M. und ist seitdem auf 4200—7200 M. erhöht, Wohnungsgeldzuschuß durchschnittlich 800 M. Außerdem erhalten die 12 ältesten Regierungs- und Medizinalräte seit 1909 eine pensionsfähige Zulage von 600 M. Ein Regierungs-Medizinalrat (Sigmaringen) erhält nur 1200 M. und daneben das Gehalt eines nicht vollbesoldeten Kreisarztes.

	1883 M.	1895 M.	1901 M.	1908 M.	1914 M.
arbeiter bei den Regierungen [7]	—	—	21 600	28 350	30 000
3. a. Besoldung der Kreisphysiker, gerichtlichen Stadtphysiker u. Oberamtsärzte bezw. Kreisärzte u. Gerichtsärzte [8])	427 313	494 867	1 163 250	1 490 000	1 753 800
b. Sonstige Besoldungen [9])	48 601	15 903	10 426	8 571	6 771
c. Besoldung bezw. Remuneration der Kreiswundärzte u. Oberamtswundärzte bezw. Kreisassistenzärzte. Beihilfen für die Wahrnehmung von Obliegenheiten des Kreisarztes durch Gemeindeärzte und für Remunerierung von Hilfsarbeitern bei den Provinzial - Medizinal-Kollegien [10])	254 773	187 573	43 901	64 251	77 550
d. Stellenzulagen für Kreisphysiker bezw. Kreisärzte einschließlich der Gerichtsärzte [11]) .	—	36 000	—	—	209 100

[7]) Die ständigen, mit vollbesoldeten Kreisärzten besetzten Hilfsarbeiterstellen bei den Regierungen sind erst 1901 neu geschaffen; das Gehalt der Stelleninhaber entspricht dem der vollbesoldeten Kreisärzte (ursprünglich 3600—5700 M., seit 1909: 3000—7200 M.; außerdem ein Wohnungsgeldzuschuß von durchschnittlich 800 Mark).

[8]) Die Zahl der Kreisphysiker und gerichtlichen Stadtphysiker betrug 1883: 471, 1890: 541, die der Kreisärzte und Gerichtsärzte 1901: 508 (15 vollbesoldete, 478 nicht vollbesoldete Kreisärzte und 15 Gerichtsärzte), 1908: 513 (43, 454 und 16) und 1914: 520 (72, 430 und 18) außer den als ständige Hilfsarbeiter bei den Regierungen (7) sowie als Vorsteher der Medizinaluntersuchungsämter (11) angestellten Kreisärzten. Gehalt des früheren Kreisphysikus: 900 M., des gerichtlichen Stadtphysikus: 1800 M.; der nichtbesoldeten Kreisärzte und Gerichtsärzte dagegen 1800—4200 M., durchschnittlich 2700 M., seit 1909 2100—3900 M. (durchschnittlich 3000 M.) wozu bei Pensionierung noch 2250 M. als durchschnittliche Gebühreneinnahmen hinzugerechnet werden. Betreffs der Stellenzulagen s. Anm. 11. Betreffs des Gehalts des vollbesoldeten Kreisarztes s. vorher Anm. 7.

[9]) Auf dem Aussterbeetat stehende Besoldungen.

[10]) Die Kreiswundärzte und Oberamtswundärzte, deren Zahl 1883: 471 und 1895: 391 betrug und die eine Remuneration von 600 M. erhielten, sind 1901 fortgefallen; zur Unterstützung der Kreisärzte in großen Kreisen sind Kreisassistenzärzte vorgesehen, deren Zahl von 30 (1906) auf 36 gestiegen ist; dazu kommen noch 11 als Assistenten bei den Medizinaluntersuchungsämtern und 2 als Leiter der Medizinaluntersuchungsstellen. Remuneration: 900—1800 M., durchschnittlich 1200 M., seit 1909: 1700—2400 M., durchschnittlich 2200 M., für diejenigen an den Medizinaluntersuchungsämtern 2400—3000 M.

[11]) Für Stellenzulagen ist zuerst im Jahre 1884 ein geringer Betrag (24000 M.) vorgesehen, der später auf 36000 M. erhöht und dann im Jahre 1901 als besondere Etatsposition fortgefallen ist; tatsächlich wurden aber als solche in der Höhe von 300—1200 M. aus der für Besoldungen angesetzten Summe gewährt. Im Jahre 1909 ist dann wieder ein besonderer Betrag dafür (450 M. für jede nicht vollbesoldete Kreisarztstelle) eingestellt, aus dem nicht pensionsfähige Zulagen in der Höhe von 450, 900 und 1350 M. an die Inhaber von solchen nichtbesoldeten Kreisarztstellen gewährt werden, in denen keine oder nur geringe Gelegenheit zu Nebeneinnahmen gegeben ist.

	1883 M.	1895 M.	1901 M.	1908 M.	1914 M.
e. Entschädigungen für Wegfall der Fuhrkostenentschädigung [12]) . . .	—	—	—	—	5 000
4. Wohnungsgeldzuschüsse [13])	21 420	21 840	35 820	59 340	109 040
5. a. Dienstaufwandsentschädigungen an Kreisärzte und sonstige sächliche Ausgaben [14])	3 462	9 692	160 455	176 135	268 650
b. Beihilfen zum Studium medizinaltechnisch wichtiger Einrichtungen u. Vorgänge [15])	—	—	—	3 000	3 000
c. Tagegelder und Reisekosten der Medizinalbeamten [16])	315 000	415 000	753 000	975 000	975 000
6. a. Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ in Berlin [17]) .	—	226 555	161 425	233 645	259 201
b. Lehranstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem [18])	—	—	45 000	152 010	194 168
c. Hygienisches Institut in Posen [19])	—	—	34 842	49 562	76 870
d. Hygienisches Institut in Beuthen [20])	—	—	—	23 260	47 850
e. Institut für Hygiene u. Infektionskrankheiten in Saarbrücken [21]) . .	—	—	—	22 000	34 880
f. Medizinal-Untersuchungsämter [22]) . .	—	—	—	95 120	189 550

[12]) Der Betrag für Fuhrkostenentschädigung ist erst 1909 neu eingestellt infolge des neuen Gebührenzusatzes vom 14. Juli 1909, durch das die bisher bei Dienstgeschäften am Wohnorte gewährte Fuhrkostenentschädigung aufgehoben wurde.

[13]) Wohnungsgeldzuschuß für die Regierungs- und Medizinal-Räte und vollbesoldeten Kreisärzte (560, 640, 720, 800 und 1200, durchschn. 800 M.)

[14]) Dienstaufwandsentschädigungen sind den Kreisärzten erst seit 1901 gewährt, und zwar 750 M. (500—1000 M.) den vollbesoldeten, und 250 M. (150—750 M.) den nicht vollbesoldeten. Die Beträge sind dann im Jahre 1909 auf 900 M. (bis 1150 M.) und 400 M. (bis 900 M.) erhöht.

[15]) Der Betrag für Beihilfen zum Studium medizinal-technisch wichtiger Einrichtungen usw. ist im Jahre 1904 zum ersten Male in den Etat eingestellt.

[16]) Pauschalvergütungen für Reisekosten an die Kreismedizinalbeamten (865 000 M.) und an die Regierungs- und Medizinalräte (115000 M.). Früher wurden diese Ausgaben in dem allgemeinen Reisekosten- und Diätenfonds mitverrechnet; die Ausgaben für 1883, 1895 und 1901 beruhen auf Schätzungen bezw. auf Grund amtlicher Mitteilungen in der Budget-Kommission. Die Pauschalvergütung ist für die Kreismedizinalbeamten 1908, für die Reg.- und Medizinalräte 1913 erfolgt.

[17]) Seit 1891. [18]) Seit 1901. [19]) Seit 1899. [20]) Seit 1902. [21]) Seit Errichtung des neu erbauten Instituts im Jahre 1912; vorher war ein gewisser Betrag unter den einmaligen Ausgaben eingestellt.

[22]) Seit 1907; es sind jetzt 11 Medizinaluntersuchungsämter und 2 Medizinaluntersuchungsstellen vorhanden, (ursprünglich 10 bezw. 7), von denen die ersteren von Kreisärzten geleitet werden, die anfangs nur zum Teil (3), jetzt aber alle vollbesoldet sind und denen je ein Kreisassistenzart als Assistent beigegeben ist. Die Medizinaluntersuchungsstellen werden von einem Kreisassistenzarzt geleitet.

	1883	1895	1901	1908	1914
	M.	M.	M.	M.	M.
7. Zuschüsse für Krankenanstalten	6 370	6 267	6 271	6 288	5 610
8. Impfwesen	20 375	82 450	80 430	105 104	107 981
9. Kosten für die amtlichen Apothekenbesichtigungen[23])	41 900	41 900	41 900	41 900	57 500
10. a. Unterstützungen für aktive u. ausgeschiedene Medizinalbeamte, deren Witwen und Waisen	45 760	55 000	65 000	67 500	67 500
b. Unterstützungen für die auf Grund des Kreisarztgesetzes in den Ruhestand versetzten Medizinalbeamten und deren Hinterbliebene[24])	—	—	50 000	50 000	15 000
11. Almosen an körperlich Gebrechliche	900	900	900	900	900
12. a. Für medizinalpolizeiliche Zwecke und behufs Abwehr der Cholera-gefahr	25 500	118 500	85 000	185 000	259 000
b. Für das Lepraheim in Memel[25])	—	—	15 000	19 810	27 500
c. Für Hafen und Schiffsüberwachung, Quarantäne usw.[26])	—	—	—	49 440	55 080
d. Für Ausführung des Gesetzes betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten[27])	—	—	—	230 000	100 000
13. Unterstützung des Bezirkshebammenwesens[28])	—	—	—	50 000	100 000
14. Verschiedene Ausgaben[29])	68 378	31 839	18 358	39 735	49 846
Summe:	**1 547 192**	**2 032 686**	**3 102 028**	**4 630 171**	**5 523 347**

[23]) Seit 1912 ist bei den Ausgaben für Apothekenbesichtigungen eine wesentliche Erhöhung erfolgt, in dem die bisher auf den allgemeinen Reisekostenfonds verrechneten Reisekosten der pharmazeutischen Bevollmächtigten (40 000 M.), sowie ein Betrag für eine besondere Entschädigung an diese eingestellt sind. Der Betrag für die ersteren ist demzufolge jetzt auch bei den Vorjahren miteingerechnet.

[24]) Seit 1901 eingestellt infolge des Kreisarztgesetzes.

[25]) Seit 1897. [26]) Seit 1907. [27]) Seit 1906.

[28]) Seit 1908; der anfangs vorgesehene Betrag (50 000 M.) zur Unterstützung des Hebammenwesens ist im Jahre 1910 auf 100 000 M. erhöht.

[29]) Der hier ursprünglich seit 1907 vorgesehene Betrag von 9000 M. zu Beihilfen für die Zwecke der Fortbildung der Aerzte ist allmählich auf 28 000 M. erhöht, um auch Beihilfen zur Fortbildung von Zahnärzten und Apothekern zu gewähren.

Die Fortbildung der Aerzte und beamteten Aerzte.

Von Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. E. **Dietrich** in Berlin.

Es wird mir stets ein Gegenstand freudiger und erhebender Erinnerung sein, daß es mir vergönnt gewesen ist, in den letzten 14 Jahren mit und unter unserem Jubilar, Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner, in der Zentralstelle der Medizinal-

verwaltung arbeiten zu dürfen. Mit Stolz erfüllt mich ein Rückblick über die verflossenen anderthalb Jahrzehnte und über das, was nicht nur in Preußen, sondern im ganzen Deutschen Reiche während dieser Zeit auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege geleistet worden ist.

Wenn die Volksgesundheit in Deutschland in den letzten Jahrzehnten eine erfreuliche Stärkung erfahren hat, wenn insbesondere die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten eine wirksame und vorbildliche geworden ist, wenn namentlich die Volksseuchen erfolgreich eingeschränkt worden sind, so verdanken wir es, abgesehen von den Fortschritten der medizinischen Wissenschaft, sowie von der hohen Einsicht der Reichsverwaltung und der Bundesregierungen, zu einem großen Teile der geistvollen, zielbewußten und unermüdlichen Tätigkeit unseres Kirchner. Wenn die ärztliche und zahnärztliche Ausbildung in diesem Jahrhundert in wesentlicher Weise gefördert und den neuzeitlichen Anforderungen der Wissenschaft entsprechend gehoben worden ist, wenn die Ausbildung der beamteten Aerzte verbessert und deren Stellung den Forderungen der öffentlichen Gesundheit entsprechend ausgebaut wurden, so schulden wir den Dank dafür der bedeutsamen Wirksamkeit Kirchners. Wenn die verschiedenen wichtigen Gebiete der gesundheitlichen Fürsorge zu einer erfreulichen Entfaltung im Deutschen Reiche gelangten, so führen auch hier viele Fäden zurück zu Kirchner, ich erwähne nur die Fürsorge für Tuberkulöse, für Lupuskranke, für Krebskranke, die Schulgesundheitspflege und hier wiederum noch besonders die Schulzahnpflege, die einen außerordentlichen Anstoß zur allgemeinen Zahnpflege in der Bevölkerung gegeben hat.

Alle diese Verdienste werden in dem vorliegendem Heft von berufener Feder eingehend erörtert werden. Aus den vielen Gebieten der Tätigkeit Kirchners im Interesse der Medizinalverwaltung möchte ich nur kurz ein Gebiet herausgreifen, das weniger in die Augen springt und deshalb vielfach nicht die richtige Beachtung findet, obwohl es für die Volksgesundheit und für die Aerzte von erheblicher Bedeutung ist.

Die Maßnahmen der Gesundheits- und Medizinalpolizei können nur dann den gewünschten Erfolg haben, wenn sie bei den Aerzten das erforderliche Verständnis und die notwendige Unterstützung finden. Durch die erhöhte Ausbildung wird das Wissen und Können der angehenden Aerzte in der erforderlichen Weise ausgestaltet und jenes Verständnis vorbereitet. Doch versagt auch die beste Ausbildung, wenn sie nicht durch eine geeignete Fortbildung aufgefrischt und ergänzt wird. Für den Arzt ist es aber schwer, in dem Getriebe seiner Tätigkeit und bei den zwingenden Anforderungen des täglichen Lebens eine ausreichende Fortbildung zu gewinnen oder das Interesse für eine solche wach zu halten, wenn diese Fortbildung nicht durch geeignete Einrichtungen und Veranstaltungen besonders erleichtert wird. Aus diesen

Erwägungen heraus hat Kirchner, der das Vertrauen und die Gunst des unvergeßlichen Althoff in hohem Maße besaß, diesen zu bestimmen gewußt, seinen schwerwiegenden Einfluß zugunsten der Einrichtung von geeigneten ärztlichen Fortbildungskursen in die Wagschale zu legen, so daß es den vereinten Bemühungen Kirchners, von Bergmanns und Kutners gelang, das „Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen" zu gründen. In den verschiedenen Veröffentlichungen Kutners über dieses „Zentralkomitee" finde ich die durchschlagende Mitwirkung Kirchners nicht erwähnt. Es ist für mich daher eine Ehrenpflicht, an dieser Stelle zu betonen, daß ohne Kirchners bereitwillige und sachverständige Förderung das „Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen" und im Anschluß hieran das ärztliche Fortbildungswesen im Deutschen Reiche die Entwicklung nicht hätte nehmen können, die es tatsächlich genommen hat. Nach dem letzten Bericht des Zentralkomitees fanden im Jahre 1913 in 76 deutschen Städten unentgeltliche Vorträge und Kurse für Aerzte statt. In der preußischen Monarchie wurden allein in 42 Städten ärztliche Fortbildungskurse und -vorträge eingerichtet. Eine weitere Ausgestaltung der ärztlichen Fortbildungskurse in Preußen wird sich nur durch ein enges Zusammenarbeiten des Zentralkomitees mit der Medizinalverwaltung und den Aerztekammern verwirklichen lassen, wie dies der Herr Minister des Innern auf Kirchners Anregung bereits im vorigen Sommer durch einen entsprechenden Erlaß an die Oberpräsidenten zur Bildung von Provinzialkomitees in die Wege geleitet hat. Die preußische Finanzverwaltung hat zu diesem Zweck in dankenswerter Weise einen Fonds bereitgestellt, aus dem den Provinzialorganisationen je nach Bedarf Beihilfen zur Deckung der Unkosten der Organisation gewährt werden können.

Von erheblicher Bedeutung sind auch die Erfolge, die in den letzten Jahren auf dem Gebiete der Fortbildung der beamteten Aerzte gemacht worden sind. Hier verlohnt sich zunächst ein Rückblick auf die Verhältnisse der letzten Jahrzehnte des vorigen Jahrhunderts: Die preußische Medizinalverwaltung befand sich damals auf keinem hohen Stande der Entwicklung. Der preußische Kreisphysikus war nur nebenamtlich angestellt und wurde beim Fehlen einer einheitlichen Dienstanweisung nur von Fall zu Fall zu Dienstgeschäften und zwar überwiegend zu Dienstgeschäften gerichtsärztlicher Natur herangezogen. Fortbildungskurse irgendwelcher Art gab es nicht. Als jedoch die grundlegenden Arbeiten und Forschungen Robert Kochs zu Beginn der 80er Jahre die öffentliche Gesundheitspflege und die Medizinalverwaltung vor ganz neue Aufgaben stellten, erschien es den leitenden Kreisen unerläßlich, die im Amte befindlichen preußischen Medizinalbeamten für diese Aufgaben in geeigneter Weise vorzubereiten und in den neuen Lehren und Untersuchungsmethoden der Bakteriologie zu

unterrichten. Demgemäß wurden in den Jahren 1884 bis 1889 ausgewählte Regierungs- und Medizinalräte, sowie Kreisphysiker zu kurzen Unterweisungskursen in dem Kochschen Institut, damals das hygienische Universitätsinstitut in Berlin, auf Staatskosten einberufen, oder es wurde solchen Medizinalbeamten eine Beihilfe gewährt, wenn sie sich von selbst und auf eigene Kosten für einen solchen Kurs meldeten. Naturgemäß konnte hierbei alljährlich nur eine beschränkte Zahl von Medizinalbeamten berücksichtigt werden, da der Kurs nur in einem Institut abgehalten werden konnte. Dieses Institut diente aber in erster Linie dem Unterricht der Medizinstudierenden.

Erst als noch andere hygienische Institute in Preußen eingerichtet worden waren, konnte an eine allgemeine Unterweisung der Medizinalbeamten in der neuen Lehre gedacht werden. Es wurden Verhandlungen mit der Finanzverwaltung zur Einstellung eines besonderen Titels in den Etat eingeleitet. Am 2. Dezember 1890 erklärte sich der Herr Finanzminister damit einverstanden, daß für diejenigen Regierungs- und Medizinalräte, Kreisphysiker und Kreiswundärzte, die die Physikatsprüfung vor dem 1. April 1888 bestanden hätten, vom Etatsjahr 1891 an Unterweisungskurse in der Hygiene und Bakteriologie an den verschiedenen hygienischen Universitätsinstituten eingerichtet würden. Dazu sollte jährlich ein Betrag von 20000 Mark in den Etat eingestellt werden, bis alle „geeigneten“ Medizinalbeamten einen solchen Kurs durchgemacht hatten. Die Teilnehmer mußten im Besitz eines Mikroskopes mit Oelimmersion und Abbéschem Beleuchtungsapparat sein und die bakteriologische Literatur, wie auch die im Kaiserlichen Gesundheitsamte geübten Untersuchungsmethoden kennen. Die Kurse hatten eine Dauer von 14 Tagen und im Höchstfalle 20 Teilnehmer. Hiernach handelte es sich um eine einmalige Einrichtung, von der etwa die größere Hälfte der damals im Amte befindlichen Medizinalbeamten betroffen wurde. In den folgenden Jahren fanden diese Kurse regelmäßig statt. Im Jahre 1899 hörten sie auf. In den Cholerajahren von 1892 bis 1894 waren außerdem für eine ausgewählte und sehr beschränkte Zahl von Kreisphysikern dreitägige Kurse in der Erkennung der Cholera abgehalten.

Inzwischen war Kirchner in die Medizinalabteilung des Kultusministeriums eingetreten. Nun kam ein lebhafteres Tempo in die Fortbildung der beamteten Aerzte. Im Jahre 1897 fanden auf Kirchners und Moelis Anregung, veranlaßt durch die Vorgänge in der Irrenanstalt „Mariaberg“ bei Aachen und den „Bruder Heinrich-Prozeß“, 14tägige psychiatrische Fortbildungskurse für alle Medizinalbeamten statt. Im Jahre 1899 erreichte es Kirchner, daß besondere Kurse in der Erkennnung und Bekämpfung der Körnerkrankheit für einzelne Medizinalbeamte abgehalten wurden, die in den besonders gefährdeten östlichen Bezirken ihren Amtssitz hatten. In demselben Jahre wurden ferner im Hinblick auf das bedrohliche Näherkommen

der „Pest" für die 36 Regierungs- und Medizinalräte, sowie für die mit der Vertretung des Regierungs- und Medizinalrats am Sitze der Regierung beauftragten 36 Kreisphysiker Pestkurse von 6tägiger Dauer auf Staatskosten in den hygienischen Universitätsinstituten abgehalten.

Die Erfahrungen, die bei diesen aus Anlaß besonderer Verhältnisse und außerordentlicher Umstände eingerichteten Kursen gemacht worden waren, ließen es immer dringender erscheinen, ähnliche Kurse für die Fortbildung aller Medizinalbeamten regelmäßig und dauernd einzurichten, zumal der Umfang der Geschäfte der Kreisärzte mit der Durchführung der Medizinalreform nicht unwesentlich gewachsen und die Anforderungen an das Wissen und Können der staatlichen Gesundheitsbeamten erheblich gesteigert waren. Auch war vorauszusehen, daß diese Anforderungen zukünftig immer mehr gesteigert werden würden. Die in den Jahren 1899, 1900 und 1901 zwischen den beteiligten Ressorts geführten Verhandlungen verliefen zuerst ergebnislos. Ich hatte Gelegenheit, einen Teil dieser Verhandlungen mitzumachen, und kann bezeugen, mit welchem unermüdlichen Eifer Kirchner immer wieder die Forderung auf dauernde Einrichtung von Fortbildungskursen für die Medizinalbeamten erhob, wie er sich durch die zahlreichen Ablehnungen nicht irre machen ließ, und wie er nicht geruht hat, bis er die entgegenstehenden Bedenken zerstreute und die regelmäßige Fortbildung der Kreisärzte sicher stellte. Erst im Herbst 1901 erklärte sich die Finanzverwaltung endlich damit einverstanden, daß vom Etatsjahr 1902 ab alljährlich regelmäßig 50 Kreisärzte zur Fortbildung in der Medizinalverwaltung und Medizinalgesetzgebung, in der Hygiene und Bakteriologie sowie in der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie nach Berlin einberufen und die hierzu erforderlichen Mittel in den Etat eingestellt werden sollten. Seit dieser Zeit haben alljährlich zwei solcher Kurse für je 25 Kreisärzte stattgefunden. Jeder Kreisarzt kommt etwa alle 8 Jahre erneut zu einem solchen Kurs. Die Erfahrungen, die mit diesen regelmäßigen Kursen gemacht worden sind, können als durchaus befriedigende bezeichnet werden. Die Kurse frischen das Gelernte auf, fügen neues Wissen und Können hinzu und führen, was nicht unterschätzt werden soll, zu einem Austausch von Erfahrungen sowohl zwischen Dozenten und Hörern, als zwischen den Kursteilnehmern, der nur ersprießlich wirken kann. Keiner der Kreisärzte möchte diese regelmäßigen Kurse missen, die sein Rüstzeug blank und die Waffen im Kampfe mit den zahlreichen Feinden der Volksgesundheit scharf erhalten.

Neben den allgemeinen Fortbildungskursen wurden auch verschiedene Spezialkurse eingerichtet. Seit dem Jahre 1904 findet alljährlich ein 12tägiger Kurs für 12 Medizinalbeamte (6 Regierungs- und Medizinalräte und 6 Kreisärzte) in der Landesanstalt für Wasserhygiene statt, um das wichtige Gebiet der Städtehygiene zum Gegenstand der Belehrung zu

machen. Seit mehreren Jahren sind einzelne Kreisärzte zu Kursen über die Säuglingsfürsorge, über die den Schularzt vorwiegend interessierenden Fragen, sowie über sonstige Gebiete der sozialen Medizin — besonders an den Akademien für praktische Medizin in Köln und Düsseldorf — einberufen worden. Seit 2 Jahren werden 30 Kreisärzte alljährlich zu einem Kursus in der sozialen Medizin nach Berlin einberufen, wo ihnen die Reichsversicherungsordnung, die Gewerbe- und Fabrikhygiene, sowie die gesundheitliche Fürsorge zum Gegenstand besonderer Vorträge und Demonstrationen gemacht werden.

Und für die Zukunft werden auf Kirchners Veranlassung noch zwei Sonderkurse erstrebt werden. Einmal Kurse für Regierungs und Medizinalräte, die, abgesehen von der allgemeinen Fortbildung der Medizinalbeamten, den Dienstgeschäften dieser Beamten Rechnung tragen, sodann Unterweisungskurse für Kreisassistenzärzte, die die angehenden Kreisärzte in den verschiedenen Gebieten ihrer zukünftigen Amtstätigkeit unter einer einheitlichen Anleitung einführen und sie nach den Absichten der Medizinalverwaltung mit den besonderen Pflichten der preußischen Medizinalbeamten bekannt machen sollen.

Es lag mir daran, an dem von mir skizzierten kleinen Aufgabengebiet der Medizinalverwaltung kurz zu zeigen, wie Kirchner maßgebend, anregend und erfolgreich wirkt. Ich brauche nicht besonders hervorzuheben, daß ebenso alle anderen Zweige unseres Dienstgebietes dauernd von ihm befruchtet werden.

Eine starke Persönlichkeit mit bewunderungswürdigen Geistesgaben, mit unermüdlichem Eifer in der Durchführung dessen, was einmal als richtig und zweckmäßig erkannt worden ist, mit fürsorgendem Sinn für alles, was seiner Obhut anvertraut ist, einen solchen Führer zu haben, dazu können sich im besonderen die Medizinalbeamten nur aufrichtig Glück wünschen. Möge ein gütiges Geschick ihn uns noch recht lange mit seinen herrlichen Anlagen und seiner geistigen Frische und Kraft erhalten zum Gedeihen unserer Medizinalverwaltung und zur Förderung der Volksgesundheit.

Gemeingefährliche Krankheiten.

Von Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Gaffky-Hannover.

Seit seinem im Jahre 1896 erfolgten Eintritt in das Königl. Preußische Kultusministerium hat Martin Kirchner an allem, was seitens der Reichsverwaltung zur Bekämpfung der sogenannten gemeingefährlichen Krankheiten, Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken geschehen ist, als Kommissar des Ministeriums und als Mitglied des Reichsgesundheitsrats regen Anteil genommen. Stets ist er in dieser Tätig-

keit, wie überhaupt in dem ihm zur vornehmsten Lebensaufgabe gewordenen Kampfe gegen die Infektionskrankheiten ein treuer und begeisterter Helfer von Robert Koch gewesen, in dessen Institut und unter dessen Leitung er als junger Sanitätsoffizier seine hygienische und bakteriologische Schulung erworben hatte.

Unter dem tiefen Eindruck, den einerseits die Heimsuchung Hamburgs durch die Cholera im Jahre 1892 und die Verschleppung der Seuche nach einer Anzahl von deutschen Orten, anderseits das bedrohliche Wiederaufflammen der schon fast vergessenen Pest in China und Indien um die Mitte desselben Jahrzehnts hinterlassen hatte, war die bis dahin erfolglos erstrebte einheitliche Grundlage wenigstens für die Maßregeln zur Verhütung und Tilgung der oben genannten bei uns nicht oder nicht mehr einheimischen sechs Krankheiten durch das Gesetz, betr. die Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten, vom 30. Juni 1900 für das ganze Reichsgebiet geschaffen worden. Der Erlaß von Ausführungsbestimmungen, wie sie im Gesetz vorgesehen sind, erwies sich zunächst für die Pest als erforderlich. Sie wurden bereits im Oktober 1900 vom Bundesrat bekannt gegeben und regelten im einzelnen die Maßnahmen zur Abwehr und Unterdrückung der Seuche, enthielten eine Desinfektionsanweisung, sowie Vorschriften über das Arbeiten und den Verkehr mit Pesterregern und für die Maßnahmen im Eisenbahnverkehr zu Pestzeiten. In einer vom Bundesrat unter dem 3. Juli 1902 genehmigten „Anweisung zur Bekämpfung der Pest" wurden jene Bestimmungen dann in einer ihre praktische Anwendung sehr erleichternden Weise zusammengefaßt. Durch Bundesratsbeschluß vom 28. Januar 1904 folgten eine den neuen epidemiologischen Erfahrungen und den Fortschritten der bakteriologischen Forschung Rechnung tragende Anweisung zur Bekämpfung der Cholera, sowie entsprechende Anweisungen zur Bekämpfung des Aussatzes, der Pocken und des Fleckfiebers.

In Berücksichtigung der gefährlichen Rolle, die die Flußschiffer und Flößer bei der Verbreitung des Cholerakeimes spielen, sind der betreffenden Bekämpfungsanweisung in einer Anlage „Grundsätze für die gesundheitliche Ueberwachung des Binnenschiffahrts- und Flößereiverkehrs" beigegeben, die den Ratschlägen Robert Kochs sowie den beim Auftreten der Seuche in den Jahren 1892—94 gemachten Erfahrungen Rechnung tragen und auch in der Folge sich vortrefflich bewährt haben. Eine weitere Anlage behandelt die „Grundsätze für Maßnahmen im Eisenbahnverkehr beim Auftreten der Cholera". Sie streben an, dem Verkehr jede unnötige Beschränkung und Belästigung fern zu halten und abgesehen von vorbeugenden hygienischen Maßnahmen ein Eingreifen tunlichst auf die Fälle zu beschränken, in denen durch die Erkrankung eines Reisenden dazu Veranlassung gegeben ist.

In den „allgemeinen Vorschriften" des Reichsseuchen-

gesetzes ist bestimmt (§ 35 des Gesetzes), daß die dem allgemeinen Gebrauche dienenden Einrichtungen für Versorgung mit Trink- oder Wirtschaftswasser und für Fortschaffung der Abfallstoffe fortlaufend durch staatliche Beamte zu überwachen sind, und daß die Gemeinden verpflichtet sind, für die Beseitigung der vorgefundenen gesundheitsgefährlichen Mißstände Sorge zu tragen. Welche verhängnisvolle Folgen die Infektion einer zentralen Wasserversorgung durch Cholerakeime haben kann, war namentlich durch den explosionsartigen Cholera-Ausbruch in Hamburg 1892 überzeugend dargetan. Vor allem schienen solche Wasserwerke gefährdet, die auf die Benutzung von Oberflächenwasser angewiesen sind, sofern die Reinigung des Wassers nicht sehr sorgfältig ausgeführt und ständig überwacht wird. Der Bedeutung dieser Frage Rechnung tragend hat der Reichskanzler (Reichsamt des Innern), gestützt auf eingehende Beratungen von Sachverständigen, „Grundsätze für die Reinigung von Oberflächenwasser durch Sandfiltration zu Zeiten der Choleragefahr“ aufgestellt, die im Jahre 1894 den Bundesregierungen zur Kenntnis gebracht und 1899 nach erneuter kommissarischer Durchberatung auch für cholerafreie Zeiten empfohlen wurden.

Die Maßregeln zur Verhütung der Einschleppung gemeingefährlicher Krankheiten auf dem Seewege sind auf Grund des § 24 des Reichsseuchengesetzes durch die unter dem 29. August 1907 vom Reichskanzler bekanntgegebenen „Vorschriften über die gesundheitliche Behandlung der Seeschiffe in den deutschen Häfen“ einheitlich geregelt. Das Hauptgewicht ist dabei auf die ständige gesundheitliche Ueberwachung aller in einem deutschen Hafen liegenden Seeschiffe, auf schleunige Isolierung der betreffenden Kranken, sowie auf zweckentsprechende und wirksame Desinfektion gelegt. Verkehrsbeschränkungen für die Reisenden und Verzögerungen des Löschens und Ladens der Schiffe sind dem Geiste der modernen Seuchenbekämpfung entsprechend nach Möglichkeit ausgeschlossen. Soweit die Abwehr von Cholera, Pest und Gelbfieber in Betracht kommt, sind den Vorschriften die Vereinbarungen der internationalen zu Paris abgeschlossenen Sanitäts-Konvention vom 3. Dezember 1903 zu Grunde gelegt, die in allen wesentlichen Punkten dem im Auftrage der Reichsverwaltung von den deutschen Konferenzdelegierten vertretenen Standpunkte Rechnung trägt.

Auf Anregung der italienischen Regierung ist zur Revision der Konvention von 1903 im November 1911 zu Paris wiederum eine internationale Sanitäts-Konferenz zusammengetreten, die sich in langwierigen Verhandlungen hauptsächlich mit den die Pestratten und den die Cholerabazillenträger betreffenden Fragen beschäftigt hat. Das Ergebnis dieser Konferenz war eine am 17. Januar 1912 abgeschlossene, die früheren internationalen Vereinbarungen übersichtlich zusammenfassende Konvention. Diese ist inzwischen vom deutschen Reichstage ratifiziert.

Grundsätzliche Aenderungen der für uns hauptsächlich in Betracht kommenden internationalen Maßregeln gegen Cholera und Pest hat sie nicht gebracht. Die Verhandlungen der Konferenz haben aber ohne Zweifel in mancher Hinsicht klärend gewirkt, zumal insofern, als sie immer wieder gezeigt haben, daß Cholera, Pest und Gelbfieber am wirksamsten durch hygienische Verbesserungen und zweckentsprechende Organisation der Sanitätspolizei im eigenen Lande bekämpft werden, und daß der Schwerpunkt der internationalen Vereinbarungen vor allem in der Verhütung zu weitgehender Maßregeln liegt, deren Nutzen in keinem Verhältnis zu den mit ihnen verbundenen schweren Schädigungen von Handel und Verkehr steht. Im besonderen überwog die Ueberzeugung, daß im internationalen Verkehr Maßregeln zur Bekämpfung der von gesunden Cholerakeimträgern ausgehenden Gefahren in der Regel praktisch kaum durchführbar sein würden. Doch ist in der Konvention der Sanitätsbehörde des Ankunftshafens das Recht zugestanden, auf Schiffen, die Cholerakranke an Bord haben oder gehabt haben, bakteriologische Untersuchungen der Ansteckungsverdächtigen vorzunehmen, soweit sie sich innerhalb des höchstens 5 Tage betragenden Zeitraumes durchführen lassen, während dessen jene Personen nach den bisher schon gültigen Bestimmungen der Absonderung oder Ueberwachung unterworfen werden können. Nur für Schiffe, auf denen hygienisch schlechte Zustände herrschen, oder die überfüllt sind, dürfen bakteriologische Untersuchungen auch dann vorgenommen werden, wenn ein Cholerafall auf ihnen sich nicht ereignet hat.

Für den Verkehr an den Landgrenzen hat man auf die bakteriologische Untersuchung gesunder Reisender ganz verzichtet. Sie dürfen, wenn sie aus cholerainfizierten Orten kommen, lediglich einer höchstens 5tägigen Ueberwachung ohne Freiheitsbeschränkung unterworfen werden. Nur für Vagabunden und Landstreicher, für Auswanderer und für truppweise die Grenze überschreitende Personen sind, wie überhaupt besondere Maßnahmen, auch bakteriologische Untersuchungen der Gesunden zulässig.

Uebrigens läßt die Konvention den an demselben Meere gelegenen Staaten bezüglich des Schiffsverkehrs, sowie benachbarten Staaten bezüglich des Grenzverkehrs zu Lande das Recht, besondere Maßregeln zwischen sich zu vereinbaren.

Nach § 35 der Konvention von 1903 soll jedes Land wenigstens einen seiner Häfen an der Küste jedes seiner Meere mit einer Organisation und mit Einrichtungen derart versehen, daß jedes Schiff ohne Rücksicht auf seinen Gesundheitszustand Aufnahme finden kann. Die Konvention von 1912 erklärt es darüber hinaus für wünschenswert, daß die Zahl so ausgestatteter Häfen für jeden Staat im Verhältnis zur Bedeutung seines Handels und seiner Schiffahrt steht. Die übrigen Häfen, soweit sie aus Cholera-, Pest- oder Gelbfieberhäfen kommenden Schiffen offen stehen, sollen wenigstens derart organisiert und ausgestattet

sein, daß sogenannte reine Schiffe, d. h. solche, die zwar aus einem infizierten Hafen kommen, aber keinen Krankheitsfall an Bord gehabt haben, sofort den für sie vorgeschriebenen Maßregeln unterzogen werden können und nicht an einen anderen Hafen verwiesen werden müssen. Es handelt sich bei diesen „reinen Schiffen" im wesentlichen um die ärztliche Inspektion im Ankunftshafen und die hier seitens der Gesundheitsbehörde für nötig erachteten Desinfektionsmaßregeln.

Die beiden größten deutschen Häfen, Hamburg und Bremen, genügen in ihren Einrichtungen allen Anforderungen und verfügen im besonderen auch über Apparate zur Entrattung der Schiffe. Ihre Quarantäne-Anstalten — in Cuxhaven bezw. in Bremerhaven — sind vortrefflich eingerichtet. In den übrigen deutschen Nordsee- und den Ostseehäfen, deren Gesamtzahl mehr als 70 beträgt, sind die Einrichtungen zur Kontrolle und sanitätspolizeilichen Behandlung der Schiffe ihrer Größe und ihrem Verkehr entsprechend verschieden. Quarantäne-Anstalten befinden sich an der Ostsee in Memel, Neufahrwasser, Swinemünde und Kiel; in der Nordsee steht außer in Cuxhaven und Bremerhaven eine vortreffliche Anstalt in Emden zur Verfügung. Für den Ausbau dieser Anstalten und Einrichtungen in den preußischen Häfen ist M. Kirchner unermüdlich und erfolgreich tätig gewesen. Ihm ist es auch in erster Linie zu danken, daß einer unserer Ostseehäfen (Stettin) über einen Apparat zur Vernichtung der Ratten auf Seeschiffen verfügt. Eingehend hat Kirchner sich mit dem Studium der Vorzüge und Nachteile der beiden in Betracht kommenden Verfahren beschäftigt, des Nocht-Giemsaschen, das mit kohlenoxydhaltigem Generatorgas arbeitet, und des Claytonschen, das ein im wesentlichen aus schwefliger Säure bestehendes Gas, das sog. Clayton-Gas benutzt. Mit Recht hat Kirchner dem in Hamburg benutzten Verfahren den Vorzug gegeben, vor allem, weil das in Bremen und in den meisten ausländischen Häfen verwendete Clayton-Gas mancherlei Waren stark schädigt und daher bei beladenen Schiffen nicht mit der erforderlichen Gründlichkeit angewandt werden kann.

Eine tatsächliche Gefahr der Einschleppung gemeingefährlicher Krankheiten, namentlich der Pocken und der Cholera, würde von den ausländischen über deutsche Häfen reisenden Auswanderern zu befürchten sein, wenn nicht von unseren transatlantischen Dampferlinien an der Landesgrenze mit Desinfektionseinrichtungen und Krankenräumen ausgestattete Kontrollstationen geschaffen wären, in denen jene Leute gesammelt und ärztlich untersucht werden, um dann in geschlossenen Eisenbahnzügen den Abfahrtshäfen zugeführt und hier bis zum Antritt der Seereise in wohleingerichteten Auswanderhallen von der Berührung mit der Bevölkerung ferngehalten zu werden. Sorgfältig werden auch die ausländischen Saisonarbeiter, die sogenannten Sachsengänger, vom Uebertritt über die Grenze bis zur Ankunft an ihren Bestimmungsorten überwacht. Der Ausgestaltung aller dieser zum Schutze des Reiches

geschaffenen Einrichtungen hat Kirchner, soweit Preußen beteiligt ist, seine besondere Fürsorge zugewendet und hat ihren Betrieb beständig persönlich überwacht.

Beim Auftreten einer gemeingefährlichen Krankheit gilt es vor allem, mit tunlichster Beschleunigung die Diagnose zu sichern und möglichst jeden Fall alsbald zur Kenntnis der zuständigen Behörde zu bringen. Endgültig gebrochen ist dank dem Einflusse von Robert Kochs Lehren mit dem früheren Vertuschungssystem, nach dem man beispielsweise beim Erscheinen der Cholera zunächst damit sich zu beruhigen pflegte, daß es sich um die sogenannte Cholera nostras handele, und so die Seuche Zeit gewinnen ließ, ungestört in gefährlichster Weise sich einzunisten. Mehr und mehr hat die Bevölkerung neuerdings sich daran gewöhnt, durch amtliche Bekanntmachungen schnell und zuverlässig über den Stand der Dinge unterrichtet zu werden; sie weiß aber auch, daß sie sich auf die Wirksamkeit der Abwehrmaßregeln verlassen darf, und bleibt infolgedessen von der Handel und Verkehr lähmenden Panik früherer Zeiten verschont.

Nach Erlaß des Reichsseuchengesetzes, das — im Gegensatz zu dem preußischen Gesetze vom 28. August 1905 — auch für die nur verdächtigen Krankheitsfälle die Anzeigepflicht vorschreibt, galt es u. a. dafür Sorge zu tragen, daß die bei Cholera und Pest erforderlichen bakteriologischen Untersuchungen in zweckentsprechenden Laboratorien schnell und zuverlässig ausgeführt werden können, ohne daß bei dem unvermeidlichen Transport des Untersuchungsmaterials und bei seiner Verarbeitung im Laboratorium eine Verschleppung des Krankheitskeimes stattfindet. Die zur Regelung dieser Fragen vom Bundesrat erlassenen sehr eingehenden Vorschriften sind auf Grund der in der Praxis gemachten Erfahrungen bereits mehrfach ergänzt und verbessert. Ihre möglichst vollkommene Durchführung in Preußen hat M. Kirchner, dessen große Verdienste um die Schaffung und den Ausbau der staatlichen Medizinaluntersuchungsämter auch hier besonders hervorgehoben werden müssen, ständig sich angelegen sein lassen. Auch hat er Sorge getragen, daß durch Fortbildungskurse für die Medizinalbeamten und für das Personal der mit der bakteriologischen Cholera- und Pestdiagnose betrauten Untersuchungsstellen ein einheitliches und sachgemäßes Vorgehen gesichert ist. Durch amtliche Verbreitung der im Kaiserl. Gesundheitsamte ausgearbeiteten „Ratschläge für Aerzte“ und „Gemeinverständlichen Belehrungen“ in Orten und Bezirken, die von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind, wird auch in Preußen das Vorgehen der Behörden unterstützt.

Unter die Krankheiten, mit denen das Reichsseuchengesetz sich beschäftigt, ist auch das Gelbfieber aufgenommen, obwohl es bei uns bisher nur in vereinzelten, durch den Schiffsverkehr eingeschleppten Fällen, die zu weiteren Erkrankungen

nicht geführt haben, die Hafen-Sanitätsbehörden beschäftigt hat. Das Gelbfieber, dessen Krankheitskeim selbst freilich noch unbekannt ist, gehört heute zu den besterforschten Infektionskrankheiten und ist dementsprechend, wie die großartigen Leistungen amerikanischer Aerzte gezeigt haben, einer erfolgreichen Bekämpfung selbst in Gegenden zugänglich, in denen die übertragende Stechmücke, die Stegomyia calopus, weit verbreitet ist, und in denen dieser die günstigsten Bedingungen gegeben sind, den mit dem Blute von Kranken aufgenommenen Keim zur Reife zu bringen. Da zu den Lebensbedingungen der Stegomyia vor allem ein Klima gehört, in dem auch nachts die Temperatur nicht unter 22° C sinkt, so hat Deutschland vom Gelbfieber auch in Zukunft, von seinen Schutzgebieten abgesehen, wohl kaum etwas zu befürchten.

Wie sehr man sich gewöhnt hatte, den Aussatz als eine für uns nicht mehr in Betracht kommende Seuche zu betrachten, erhellt daraus, daß das für die Zeit seiner Einführung vortreffliche preußische „Regulativ bei ansteckenden Krankheiten“ vom 8. August 1835 den Aussatz überhaupt nicht erwähnt. Es erregte nicht geringe Beunruhigung, als vor etwa drei Jahrzehnten Nachrichten über das Bestehen eines auf Einschleppungen aus Rußland zurückzuführenden Lepraherdes im Kreise Memel bekannt wurden. Ermittlungen an Ort und Stelle, an denen mit Robert Koch auch Martin Kirchner beteiligt war, führten zur Entsendung einer Kommission zum Studium der Krankheit nach Petersburg und den russischen Ostseeprovinzen. Kommissar der preußischen Regierung war Kirchner, nach dessen Plänen in der Folge ein musterhaft eingerichtetes im Jahre 1899 in Betrieb genommenes Lepraheim bei Memel errichtet wurde. Es bietet mit einem 1908 ausgeführten Anbau für 8 Männer und 14 Frauen Platz und nimmt, soweit der Raum reicht, auch außerpreußische Aussatzkranke auf. Zu Beginn des Jahres 1913 waren 20 Kranke (7 Männer und 13 Frauen) in der Anstalt untergebracht. Neu festgestellt sind im Jahre 1912 in Preußen 5 Kranke, darunter 4, bei denen die Infektion im Auslande erfolgt war. Die als geheilt oder gebessert aus der Absonderung entlassenen Kranken und ihre Angehörigen werden zweimal im Jahre vom Kreisarzt untersucht; es wird dabei festgestellt, ob der Nasenschleim der Kranken und ihre Haut frei von Leprabazillen geblieben sind.

Von der Ueberführung eines Aussatzkranken in das Lepraheim kann übrigens nach den geltenden Vorschriften abgesehen werden, wenn er in seiner Wohnung ein besonderes Schlafzimmer zur Verfügung hat, nur mit seinen Angehörigen zusammenlebt und besondere Wäsche, Kleider, Eß- und Trinkgeschirr benutzt. Auch in solchen Fällen findet eine regelmäßige kreisärztliche Untersuchung statt.

Die unermüdliche, umsichtige und überaus erfolgreiche Tätigkeit, die Martin Kirchner in der Bekämpfung der asiatischen Cholera in Preußen, getreu den Lehren von

Robert Koch, entfaltet hat, nimmt unter der großen Zahl seiner Verdienste um den Staat einen hervorragenden Platz ein. Wo immer die Seuche erschien oder gar sich einzunisten drohte, ist er stets sofort persönlich an Ort und Stelle geeilt, hat ihren verschlungenen Wegen nachgespürt und die Abwehrmaßregeln geleitet und überwacht. Seine Energie, seine bewunderungswürdige Vertrautheit mit den örtlichen Verhältnissen im ganzen großen Gebiete der Monarchie und sein hervorragendes Organisationstalent machten in Verbindung mit seinen umfassenden Kenntnissen von der Aetiologie und Epidemiologie der Krankheit ihn zu einem Führer, dem alle willig und vertrauensvoll folgten. Das hat sich vor allem gezeigt im Jahre 1905, als die Cholera — zum erstenmal seit Erlaß des Kreisarzt-Gesetzes vom 16. September 1899 und des Reichsseuchengesetzes vom 30. Juli 1900 — eingeschleppt durch russische Weichsel-Flößer gegen Mitte August in Preußen einbrach. In kurzer Zeit war, hauptsächlich durch den Flußverkehr, die Krankheit nach 73 Ortschaften in Ost- und Westpreußen, Brandenburg, Pommern, Posen und Schlesien verbreitet, und doch hat die höchste Zahl der Angesteckten einschließlieh der sog. Bazillenträger an einem Orte nicht mehr als 22, ihre Gesamtzahl in Preußen nicht mehr als 212, die Zahl der Todesfälle nur 85 betragen. Schon am 14. Oktober war die Monarchie wieder cholerafrei.

Der als Beilage zu dieser Zeitschrift erschienene offizielle Bericht über die XXIII. Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins, die im April 1906 zu Berlin tagte, enthält den am 1. Verhandlungstage von Martin Kirchner gehaltenen Vortrag: „Was haben uns die Choleraerkrankungen des Jahres 1905 gelehrt?“ Die mit stürmischem Beifall aufgenommenen Ausführungen des Vortragenden schildern nicht nur die Entstehung und den Verlauf des Choleraausbruchs überaus klar und anschaulich, sie behandeln auch alle einschlägigen Fragen, wie die der Wasserinfektion, der Bazillenträger, der Ermittlung und Behandlung der cholerainfizierten und der infektionsverdächtigen Personen so zutreffend und erschöpfend, daß weitere Bemerkungen über jene Fragen an dieser Stelle sich erübrigen.

Aus dem Jahre 1907 ist noch hervorzuheben, daß anläßlich der erneut von Rußland her drohenden Choleragefahr mit der russischen Regierung gemeinsame Maßregeln zur Bekämpfung der Seuche in den deutsch-russischen Grenzgebieten vereinbart wurden. Deutschland blieb indessen, wie im Jahre 1906, so auch 1907 und 1908 cholerafrei. Erst in den Jahren 1909 und 1910 wurde die Krankheit erneut und wiederholt von Rußland aus bei uns eingeschleppt, in jedem Falle aber schnell unterdrückt. In Ergänzung der bei Choleragefahr seit nunmehr einem Jahrzehnt ergriffenen Maßregeln zur Stromüberwachung war im Juli 1909 auf den Rat von Robert Koch versuchsweise in Schmalleningken an der Memel und in Schillno an der Weichsel

je ein bakteriologisches Laboratorium eingerichtet, in dem sämtliche russische Flößer auf das Vorhandensein von Choleravibrionen in ihren Stühlen untersucht wurden. Dabei wurden in Schillno drei gesunde Choleraträger gefunden und unschädlich gemacht. Eine ganz ungewöhnlich lange Dauerausscheidung von Choleravibrionen wurde bei einem im Jahre 1910 erkrankten Schiffer festgestellt, der nicht weniger als 8 Monate in strenger Absonderung gehalten werden mußte. Seit seiner Entlassung im Mai 1911 ist Deutschland von der Cholera verschont geblieben.

Das Fleckfieber, bis in die 60er Jahre des vorigen Jahrhunderts auch bei uns als verheerende Seuche gekannt und gefürchtet, wird gelegentlich noch aus dem Auslande, aus Rußland oder Galizien, in Deutschland eingeschleppt; die Krankheit läßt sich aber mit den durch das Reichsseuchengesetz vorgesehenen durchgreifenden Bekämpfungsmaßregeln anscheinend verhältnismäßig leicht beherrschen. Zahlreiche Beobachtungen sprechen dafür, daß der uns auch heute noch nicht bekannte Krankheitskeim durch blutsaugendes Ungeziefer übertragen wird.

Ständige Fortschritte hat im letzten Jahrzehnt die Kenntnis der Aetiologie und Verbreitungsweise der Pest gemacht. Zumal die Forschungen der englisch-indischen Pestkommission sind es gewesen, die uns über die Rolle der Ratten und der Rattenflöhe für die Verbreitung der Bubonenpest wertvolle weitere Aufschlüsse gebracht haben. Anderseits hat uns die verheerende Pestepidemie, von der die Mandschurei im Jahre 1911 heimgesucht wurde, gezeigt, daß die in Indien verhältnismäßig selten beobachtete Lungenpest in einer hygienisch völlig verwahrlosten, dicht zusammengedrängten Bevölkerung auch heute noch zu einer an den schwarzen Tod des Mittelalters erinnernden Seuchenform in kurzer Zeit sich auswachsen kann. In Deutschland haben sich die Abwehrmaßregeln gegen die Pest im wesentlichen auf unseren größten überseeischen Hafen beschränken können, auf Hamburg, das besonders infolge seines regen Verkehrs mit den Häfen des La Plata-Stromes bereits eine beträchtliche Zahl sogenannter Pestratten-Schiffe zu behandeln gehabt hat. So musterhaft der sanitätspolizeiliche Dienst für solche Vorkommnisse in Hamburg organisiert ist, so sind doch wiederholt Waren von Pestrattenschiffen, bevor das Uebel erkannt war, durch den Eisenbahn- und Flußverkehr in das Landesinnere gelangt; sie haben aber bisher zu Infektionen nicht geführt. Eine im Jahre 1903 in Berlin vorgekommene tödlich verlaufene Laboratoriumsinfektion, an die sich die Infektion eines Krankenwärters anschloß, hat M. Kirchner Gelegenheit zum energischen persönlichen Eingreifen gegeben. Der Vortrag „über die sanitätspolizeiliche Bekämpfung der Pest", den er im Anschluß an jenes Ereignis am 15. Juni 1903 im Verein für innere Medizin zu Berlin gehalten hat,[1]) kann auch heute noch den Medizinalbeamten zum Studium warm empfohlen

---

[1]) Veröffentlicht in der Deutsch. med. Wochenschr.; 1903, Nr. 26, S. 457.

werden. Seine Mahnung an die beamteten und die praktischen Aerzte, sich stets bewußt zu bleiben, daß sie Kollegen sind und beständig zusammenwirken müssen, ließ Kirchner damals ausklingen in die Worte: „Tun sie dies, dann wird es ihnen gelingen, uns und unser Vaterland vor schweren Seuchen zu bewahren, wie es diesmal, dank dem einmütigen Zusammenwirken der Beteiligten, in so befriedigender Weise gelungen ist."

Daß die Pocken für Deutschland ihren endemischen Charakter völlig verloren haben, verdanken wir unserem nach den schweren Epidemien im Anfange der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts glücklich zustande gekommenen Reichsimpfgesetze vom 8. April 1874. Vierzig Jahre ist das Gesetz nunmehr in Kraft, und niemals haben in dieser Zeit die unvermeidlichen Einschleppungen der Seuche von weniger gut geschützten Staaten her zu einer größeren Epidemie geführt. Auch bei dem bestehenden Impfschutze der Bevölkerung werden wir allerdings niemals auf die strengen sanitätspolizeilichen Bekämpfungsmaßregeln verzichten können, wie sie für den Fall des Auftretens der Krankheit im Reichsseuchengesetze festgelegt sind. Denn einen absoluten, für alle Zeit wirkenden Schutz gewährt die Impfung nicht; auch wird es stets eine beträchtliche Zahl noch ungeimpfter Personen in den gefährdeten Bezirken geben. Daß aber jene sanitätspolizeilichen Maßnahmen zur Beherrschung der Seuche allein nicht genügen, das haben ältere und neuere Erfahrungen hinreichend erwiesen, und den Bestrebungen, das Impfgesetz zu Fall zu bringen, muß daher mit aller Entschiedenheit entgegengetreten werden. Nächst Robert Koch hat das in neuerer Zeit wohl niemand in Wort und Schrift gleich wirksam getan wie Martin Kirchner. In weiten Kreisen hat seine im Jahre 1911 erschienene Schrift „Schutzpocken und Impfgesetz" das Verständnis neu belebt für das Wesen der Pockenkrankheit, für die furchtbaren Folgen einer Pockenepidemie und für die Notwendigkeit, auch die Gleichgültigen und Widerstrebenden zum Wohle des Ganzen der Schutzimpfung zu unterziehen; und bei den Verhandlungen des Reichstages über die Petitionen zum Impfgesetz haben seine Darlegungen über die segensreichen Wirkungen und die Unentbehrlichkeit des Impfzwanges, sowie über die Gefahren, die das Zugeständnis der sogenannten Gewissensklausel nach englischem Vorbilde für Deutschland zur Folge haben würde, wesentlich dazu beigetragen, daß an den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen nicht gerüttelt worden ist. Auf der anderen Seite ist aber auch niemand mehr als Kirchner stets sich bewußt gewesen, daß es Pflicht der Behörden und Aerzte ist, die Impfung immer vollkommener zu gestalten und etwaige mit ihr verknüpfte Gesundheitsschädigungen nach Möglichkeit auszuschließen. Wie er schon vor seiner Berufung ins Ministerium als Sanitätsoffizier in Hannover gründliche eigene Untersuchungen „über den Keimgehalt animaler Lymphe" ausgeführt und ver-

öffentlicht hat, so ist er zurzeit als Ministerialdirektor bestrebt, durch Anregung und Förderung von wissenschaftlichen Forschungen über Pocken und Schutzpocken in staatlichen Instituten, vor allen in dem seiner steten Fürsorge sich erfreuenden Institut „Robert Koch“ zu Berlin dem großen Ziele immer näher zu kommen.

Die Verdienste, die Martin Kirchner auf dem Gebiete der Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten um das Reich, um den Preußischen Staat und um das Wohl der Bevölkerung sich erworben hat, werden niemals vergessen werden können. In dieser Zuversicht bringt Verfasser seinem verehrten langjährigen Freunde zur 60. Wiederkehr seines Geburtstages auch an dieser Stelle die herzlichsten Glückwünsche dar!

Das Preussische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, insbesondere die Bekämpfung des Typhus im Südwesten des Reichs.

Von Reg-. und Geh. Medizinalrat Dr. **Wodtke**, Reichskommissar für die Typhusbekämpfung im Südwesten des Reichs, in Saarbrücken.

Nachdem das Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 unter der Nachwirkung der Schrecken der Cholera und mehr noch der schweren materiellen Nachteile, die die Seuche im Gefolge gehabt hatte, geboren worden war, richtete sich die allgemeine Aufmerksamkeit umsomehr auf die von dem Reichsgesetze nicht erfaßten übertragbaren Krankheiten, als diese in den 10 Jahren von 1891 bis 1900 in Preußen nicht weniger als 1435059 Menschen hinweggerafft hatten, während die unter das Reichsgesetz fallenden gemeingefährlichen Krankheiten in demselben Zeitraum nur 2301 Todesfälle verursacht hatten. Es wurde beklagt, daß der Entwurf des Bundesrats vom Jahre 1893, der Darmtyphus, Diphtherie, Rückfallfieber, Ruhr und Scharlach einbezogen hatte, nicht Gesetz geworden war. Mit dem Regulativ vom 8. August 1835, so ausgezeichnet es für jene Zeit gewesen war, konnte man nicht mehr arbeiten, da es allmählich außer Gebrauch gekommen und veraltet war. Mancher Arzt hatte während der ganzen Zeit seiner ärztlichen Tätigkeit nicht eine einzige Anzeige von einer ansteckenden Erkrankung erstattet, und für manchen Kreisphysikus gab es Jahre, in denen er zur Bekämpfung von Epidemieen überhaupt nicht in Tätigkeit getreten war, nicht etwa weil solche nicht auftraten, sondern weil sie nicht gemeldet wurden, oder weil der Landrat die Mitwirkung des Medizinalbeamten aus irgendwelchen Gründen für entbehrlich hielt. Wandel mußte geschaffen werden, und das Reichsseuchengesetz ermöglichte ihn dadurch, daß es vieles der landesgesetzlichen Regelung überlassen hatte.

Für Preußen war es eine glückliche Fügung, daß für diese Regelung dem Ministerium in der Person des damaligen vor-

tragenden Rates, Prof. Dr. Kirchner, ein Mann zur Verfügung stand, der, bakteriologisch geschult, mit außerordentlicher Sachkenntnis die erforderliche Zähigkeit und Geistesgegenwart verband, um den preußischen Entwurf eines Ausführungsgesetzes zu dem Reichsgesetz durch alle Klippen glücklich hindurchzusteuern. Das preußische Ausführungsgesetz, dessen erster Entwurf bereits am 16. Februar 1903 zur ersten Lesung im Hause der Abgeordneten gelangt war, wurde nach mehreren auf Wunsch der Kommission des Abgeordnetenhauses erfolgten Aenderungen und nach Zurückverweisung an die Kommission erst am 8. April 1905 in dritter Lesung vom Abgeordnetenhause, am 31. Mai 1905 vom Herrenhause angenommen und am 28. August 1905 allerhöchst vollzogen. Aus diesen Daten geht hervor, wie lange das Schicksal des Entwurfs in der Schwebe sich befand, und in wie hohem Grade die geistige Spannkraft des Schöpfers des Entwurfs in Anspruch genommen wurde.

Trotz der bangen Sorge um den Ausgang der Beratungen über den Entwurf des preußischen Seuchengesetzes mußten die Arbeiten gefördert werden, die das neue Gesetz alsbald zu einem lebenskräftigen Gebilde machen sollten. Waren doch bei der Durchführung des Gesetzes besonders zwei große Schwierigkeiten zu überwinden, einmal die einwandsfreie Feststellung der Keime der übertragbaren Krankheiten, wenigstens soweit sie der Wissenschaft bekannt waren, sodann aber die zuverlässige Vernichtung der Krankheitskeime. Mancher erfahrene Praktiker betrachtete das Unternehmen, diese Schwierigkeiten aus dem Wege zu räumen, als aussichtslos, weil bei Publikum, Behörden und auch Aerzten sich zuviel Hindernisse in den Weg stellen würden, aber Schlag auf Schlag fielen bei dem Vorgehen des zielsicheren Mannes die Hindernisse. Fast gleichzeitig mit der Verordnung über das Inkrafttreten des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, erschienen die Ausführungsbestimmungen zu diesem Gesetze am 7. Oktober 1905, und noch vor Ablauf eines Jahres nach Vollziehung des Gesetzes für die einzelnen Krankheiten die Anweisungen zur Ausführung des Gesetzes. Bereits in den Etat für 1907 wurden die Ausgaben für 10 Medizinaluntersuchungsämter eingesetzt, deren Wert und Unentbehrlichkeit heutzutage unbestritten ist, und in demselben Jahre wurde der Ministerialerlaß veröffentlicht, der die Desinfektorenschulen allgemein errichtete und damit dem ganzen Desinfektionswesen eine neue und gesicherte Grundlage gab. In der kurzen Spanne von 4 Jahren war auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung alles das, was nahezu unmöglich erschienen war, zur Ausführung gebracht worden.

Das preußische Ausführungsgesetz zeigt ebenso wie das Reichsseuchengesetz den Geist der modernen bakteriologischen Forschung, wies aber auch dem Medizinalbeamten die ihm bei der Seuchenbekämpfung gebührende Stellung an. Letzteres konnte geschehen, nachdem das Gesetz vom 16. September 1899

die Dienstellung des Kreisarztes scharf umschrieben hatte, und mußte geschehen, da die Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1900 bereits in den §§ 82—84 die Betätigung des Kreisarztes in der Seuchenbekämpfung vorgesehen hatte.

Diejenige Krankheit, die dauernd an der Gesundheit des Volkes nagt und, allen Altersklassen verderblich, die meisten Opfer fordert, die Tuberkulose, hat entgegen den Absichten des Verfassers des Entwurfs in dem preußischen Gesetz vom 28. August 1905 nur geringe Berücksichtigung gefunden; denn die im Entwurf vorgesehene Anzeigepflicht bei vorgeschrittener Tuberkulose wurde leider vom Landtage gestrichen. Nach der Tuberkulose ist aber der Typhus die wichtigste einheimische Volkskrankheit, da er, wie die Begründung des Entwurfs eines Reichsseuchengesetzes im Jahre 1893 bereits ausführte, „seine Opfer zumeist unter den lebenskräftigen Personen sucht, deren Erwerbsfähigkeit er, wenn der Tod nicht eintritt, durch langes Siechtum und langsame Genesung zu beeinträchtigen pflegt.“ In der Tat sind durchschnittlich 80 % der Typhuskranken erwerbstätige Menschen, und die Letalität betrug bei den 14434 Typhuskranken des Regierungsbezirks Trier, des Fürstentums Birkenfeld und der Bezirke Unter-Elsaß und Lothringen in den Jahren 1904—1913 mit 1678 Todesfällen 11,62 %. Eine besondere Bedeutung gewinnt aber der Typhus durch sein plötzliches Anschwellen zu Epidemieen namentlich in Kriegszeiten, wo die Kräfte eines Volkes bereits auf das höchste angespannt sind, und das Schicksal eines Staates durch die mit der Seuche einhergehende Schwächung der Volkskraft ungünstig entschieden werden kann. In dem Kriegsjahre 1870/71 erkrankten z. B. in der durchschnittlich 815000 Mann starken Deutschen Armee 74205 Heeresangehörige an Typhus, von denen 8904 starben, und zwar traten die Typhuserkrankungen ganz überwiegend in den entscheidenden ersten vier Monaten des Krieges auf.

Nachdem im Jahre 1902 in dem Regierungsbezirk Trier nach den Vorschlägen Robert Kochs und unter der tatkräftigen Mitwirkung Kirchners eine planmäßige Typhusbekämpfung in die Wege geleitet worden war, regte die Regierung in Trier im Jahre 1903, obgleich das preußische Ausführungsgesetz dem Landtage bereits vorlag, die Aufnahme des Typhus unter die gemeingefährlichen Krankheiten des Reichsseuchengesetzes an, und das Kaiserliche Gesundheitsamt zog im Oktober 1903 die Einbeziehung des Typhus in das Reichsseuchengesetz erneut in Erwägung, hat jedoch schließlich davon Abstand genommen.

Der Entwurf zu dem preußischen Seuchengesetze erlitt im Landtage für den Typhus eine Abschwächung dadurch, daß die beabsichtigte Einführung der Anzeigepflicht für typhusverdächtige Erkrankungen als eine zu große Belästigung der Bevölkerung abgelehnt wurde. Dagegen erhielt die Sonderbestimmung Gesetzeskraft, daß Erkrankungsfälle, in denen Verdacht von Typhus vorliegt, bis zur Beseitigung des Verdachts wie die Krankheit selbst zu behandeln sind, sowie die, daß bei

Typhusverdacht eine Oeffnung der Leiche polizeilich angeordnet werden kann, insoweit der beamtete Arzt dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält. Zur Ausführung der Vorschriften des Gesetzes wurden am 10. August 1906 Anweisungen von dem Minister der Medizinalangelegenheiten erlassen, diejenige über den Typhus in Heft 7, denen bereits Ratschläge des Kaiserlichen Gesundheitsamts zur Förderung der Bekämpfung von Typhus und Ruhr am 6. Juni 1903 vorangegangen waren. In dem Bericht über das Sanitätswesen des Preußischen Staates während der Jahre 1898, 1899 und 1900 war der Richtung, die die Typhusbekämpfung unter den neueren Anschauungen zu nehmen hatte, bereits in folgender Weise Ausdruck gegeben worden:

„Gefährlich erscheint der noch vereinzelt zu bemerkende Schematismus, mit dem die Ermittlungen sich ausschließlich auf die Auffindung einer schlechten Wasserbezugsquelle richten. Es beruhigt manche Medizinalbeamten, wenn sie, was ja auf dem Lande fast stets gelingt, in der Nähe des oder der Kranken einen schlechten Brunnen, einen Bach oder Graben gefunden haben, der verdächtig erscheint. Sie glauben dann durch diesen Befund alle Rätsel gelöst zu haben und vergessen ganz, daß sie, indem sie die Gegenwart des Typhuserregers im Wasser als selbstverständlich voraussetzen, diesem eine Ubiquität beilegen, die zu besitzen er weit entfernt ist. Die Erfahrung lehrt, daß in erster Linie für die Typhusverschleppung der Mensch in Betracht kommt, der deutlich erkrankte und der „Typhusgesunde", ferner daß die unmittelbare Uebertragung durch den menschlichen Verkehr eine viel größere Häufigkeit ist, als manche Aerzte noch heute glauben. Bei der Frage nach der Infektionsursache sollte also stets in erster Linie nach der Möglichkeit einer Uebertragung durch den menschlichen Verkehr geforscht werden; erst nach deren Ausschließung sollte man an die bekannten Vehikel des Infektionsstoffes Wasser, Milch, Nahrungsmittel verschiedener Art denken."

Den hiermit gegebenen Standpunkt vertritt in klarer Weise auch die Anweisung vom 10. August 1906, freilich ohne daß sie den Schematismus hätte gänzlich ausrotten und der Lehre Robert Kochs, daß die Quelle jeder Infektion der Krankheitskeime ausscheidende Mensch ist, uneingeschränkte Geltung hätte verschaffen können, da die Pettenkoferschen Lehren und die Erinnerungen an jene Typhuskranken, die noch vor nicht langer Zeit in den größten Krankenhäusern mitten unter die anderen Kranken gelegt wurden, vielfach bei den Aerzten lebendig waren, sogar hier und da es noch sind.

Durch die Organisation der Typhusbekämpfung im Südwesten des Reichs, die abgesehen von der unter einem eigenen Landeskommissar stehenden Bayerischen Pfalz, sich jetzt auf den Regierungsbezirk Trier, das ganze Reichsland Elsaß-Lothringen und das Fürstentum Birkenfeld erstreckt, ist die Kenntnis des Typhus, seiner Verbreitung und der zweckmäßigsten Art seiner Bekämpfung wesentlich gefördert worden. Der Rückgang der Typhuserkrankungen und Typhustodesfälle im Bekämpfungsgebiet von 2333 und 244 im Jahre 1904 auf 882 und 88 im Jahre 1913, mithin nahezu um zwei Drittel, beweist, daß Kosten und Mühe im Südwesten des Reichs mit Nutzen aufgewendet worden sind, selbst wenn man in Betracht zieht, daß der Typhus im ganzen Deutschen Reich im allgemeinen

eine rückläufige Bewegung zeigt. Der größte Erfolg der Organisation der Typhusbekämpfung ist aber der, daß sie die ihr gestellte Aufgabe, die Herde kennen zu lernen, von denen aus sich die Krankheit verbreitet, mit der Entdeckung und der richtigen Bewertung der Bazillenträger im wesentlichen gelöst hat. Es hat sich mit Sicherheit herausgestellt, daß die Bazillenträger, deren erste, eine seit mehr als 7 Jahren Typhusbazillen ausscheidende Frau, im Herbst 1903 von Lentz entdeckt wurde, die eigentlichen Erkrankungsquellen sind. Zahlreich sind die Typhuserkrankungen, die nunmehr eine mitunter verblüffende Aufklärung durch Kontakt mit Bazillenträgern erfahren, während früher ihr Auftreten ganz unbegreiflich gewesen oder mit einer unbewiesenen Wasserinfektion oder einer sonstigen unbestimmten Annahme abgetan worden wäre. Die Erklärung einer Typhuserkrankung in einer Kaserne in Düsseldorf blieb offen, bis sich die bakteriologische Untersuchungsanstalt in Metz nach dem Verbleib eines Bazillenträgers aus Lothringen erkundigte, der nach Düsseldorf als Rekrut eingezogen worden war und mit dem Erkrankten in Verkehr gestanden hatte. Bei einem an Typhus erkrankten Schifferknecht auf einem Rheinschiffe hätte früher die Annahme genügt, daß er Rheinwasser getrunken hätte, während jetzt die Schiffersfrau als Bazillenträgerin festgestellt wurde. Die Typhuserkrankung eines aus dem Manöver zurückgekehrten Sergeanten in Metz erschien unerklärlich, da das Manövergelände frei von Typhus gewesen war und andere Soldaten nicht erkrankten; bei der Durchsicht der Manöverquartiere des Sergeanten zeigte sich aber, daß er einen Tag bei einem Bauer in der Nahegegend in Quartier gelegen hatte, dessen 19 jährige Tochter als Bazillenträgerin bekannt war. Für die Typhuserkrankung zweier Brüder in Oberstein gab es keine Erklärung, bis es zur Sprache kam, daß sie 14 Tage vor Beginn der Erkrankung einen Ausflug nach dem Hunsrück gemacht und dabei 2 Tage bei einer befreundeten Familie Unterkunft erhalten hatten, in der sich ein bekannter Bazillenträger befand. Bazillenausscheidende Schwiegermütter, die gleich in den ersten Monaten des Ehestandes oder Verlöbnisses den Schwiegersohn oder die Schwiegertochter mit Typhus infizierten, sind im Bekämpfungsgebiet bisher 4 bekannt. „Typhushäuser“, „Typhuswinkel“, „Typhusnester“ sind durch das Auffinden der in ihnen seit Jahren ansässigen Bazillenträger vielfach ihrer unklaren, mystischen Bezeichnung entkleidet worden.

Die Bedeutung der Typhusbazillenträger für die Irrenanstalten ist namentlich nach den üblen Erfahrungen, die einzelne Anstalten gemacht haben, genügend bekannt. Eine Heil- und Pflegeanstalt, die jeden Zugang an Kranken und Pflegern sorgfältig auf Ausscheidung von Typhusbazillen untersuchen läßt und bereits vorhandene Bazillenträger unter den Kranken trotz der mitunter damit verbundenen therapeutischen Schwierigkeiten zuverlässig absondert und Bazillen ausscheidende

Pfleger entläßt oder in unbedenklicher Weise beschäftigt, bleibt vor Ueberraschungen gesichert. Die Anstalten im Bekämpfungsgebiet suchen demgemäß zu verfahren und haben teilweise ausgezeichnete Erfolge gehabt.

Es ist bekannt, daß Milchinfektionen gewöhnlich auf Bazillenträger zurückzuführen sind. Mehrere Milchinfektionen in Neunkirchen und Umgegend sowie in Saarbrücken wiesen bereits im Jahre 1912 auf den Milchbezug aus einer ca. 70 Kilometer entfernten Ortschaft in Lothringen hin; aber erst im folgenden Jahre, als wieder Milchinfektionen in demselben Milchversorgungsgebiet auftraten, gelang es, in der im Vorjahre schon stark verdächtigen Familie die Ehefrau als Bazillenträgerin festzustellen.

Bei der Annahme von Explosionsepidemien ist größte Vorsicht geboten. Die genaue Analyse zeigt nicht selten, daß vereinzelte Typhuserkrankungen Monate vorher aufgetreten sind, daß in der Zwischenzeit leichte, unbeachtete Erkrankungen namentlich von Kindern mit noch vorhandenem positiven Widal vorgekommen sind, und daß sich die zahlreichen und anscheinend plötzlichen Erkrankungen in Kontaktgruppen mit Beziehungen verwandtschaftlicher oder freundschaftlicher Art zusammenfassen lassen, die schließlich einen Bazillenträger als Ausgangspunkt haben, während man sich früher mit der nicht einwandfreien Wasserleitung oder bei Gruppierung der Typhuskranken um einen schadhaften Brunnen mit diesem als Entstehungsursache der Epidemie abgefunden hätte.

Die Statistik über die Bazillenträger und ihre Infektionstätigkeit ist noch nicht so entwickelt, daß sie deren Bedeutung voll gerecht werden könnte. In den Jahren 1907 bis 1912 konnten im Bekämpfungsgebiet nur 4 % der Typhuserkrankungen auf unmittelbaren Kontakt mit Bazillenträgern zurückgeführt werden, im Jahre 1913 war es aber bereits bei 10,84 % der Typhuserkrankungen der Fall. Von den 947 Typhuserkrankungen des Jahres 1913 im Bekämpfungsgebiet einschließlich der neu hinzugekommenen Kreise Colmar und Rappoltsweiler wurden nur 402 Erkrankungen nach ihrer Herkunft befriedigend aufgeklärt, aber davon waren 226, mithin 56 %, mittelbar oder unmittelbar auf Bazillenträger zurückzuführen.

Eine überzeugendere Uebersicht über die Verbreitung des Typhus durch die Bazillenträger geben graphische Darstellungen über die von einzelnen Bazillenträgern im Laufe der Jahre ausgegangenen unmittelbaren und mittelbaren Typhusinfektionen. In den als Anhang beigefügten Tafeln bedeuten Kreise männliche, Quadrate weibliche Kranke, mit einem Kreuz versehen einen tödlichen Ausgang, schwarz ausgefüllt Bazillenträger; die verschiedenen Verbindungslinien geben das Verhältnis an, in dem die Personen zu einander stehen, ——: Verwandte, — — — —: Dienstboten, +—+—+—+: Hausgenossen, ++++: Nachbarn und gute Freunde, ...: Milchinfektionen.

Wenn noch nicht jede Typhuserkrankung bis auf den zuständigen Bazillenträger zurückgeführt werden kann, wie es das Ziel sein muß und wie es auch sehr wohl im Bereich der Möglichkeit liegt, so ist dieser Mangel damit zu erklären, daß der ganze Apparat zur Feststellung eines Bazillenträgers vorläufig noch sehr umständlich und schwerfällig ist, auch seine Einzelheiten sich nicht vollständig in der Hand des ermittelnden Arztes befinden. Wenn schon der Eingang der Untersuchungsproben auf Schwierigkeiten stößt, da häufig ihre Abgabe verweigert wird und nur durch polizeiliche Unterstützung erreicht werden kann, so ist die leider sehr beliebte Täuschung der Aerzte durch dauernde, mitunter jahrelang fortgesetzte Hergabe falschen Materials vollends unangenehm. Eine Frau im Unter-Elsaß, die seit Jahren im Verdacht stand, als Bazillenträgerin die Typhuserkrankungen in ihrer Nachbarschaft verursacht zu haben, sandte stets Proben ihres krebskranken Mannes ein und erst nach dessen Tode wurde sie nach der ersten Materialeinsendung sogleich als Bazillenträgerin festgestellt. Es kommt auch immer wieder vor, daß nach dem Ergebnis der Untersuchung der eingesandten Proben eine ganze vielköpfige Familie Typhusbazillen ausscheiden müßte, während in Wirklichkeit nur die Großmutter Bazillenträgerin ist, die das Untersuchungsmaterial für sämtliche Familienmitglieder geliefert hat. Die Verfahren, die zum Nachweise der Materialfälschung dienen, wie das Verabreichen von Lykopodium und die Untersuchung der Abortgrube, führen zwar meistens zum Ziel, sind aber nicht einfach anzuwenden. Besonders störend sind die längeren, mitunter mehrwöchigen Unterbrechungen der Ausscheidung der Typhusbazillen bei den Bazillenträgern und das Fehlen eines sicheren Mittels zur Anregung der Ausscheidung, so daß ein negatives Ergebnis der Untersuchung zuverlässigen Materials keineswegs ausschließt, daß der Untersuchte trotzdem ein Bazillenträger ist.

Eine einfache Methode zur Feststellung von Bazillenträgern, die die Aerzte von dem guten Willen und der Ehrlichkeit der zu Untersuchenden möglichst unabhängig machen, auch während der Zeit der Unterbrechung der Ausscheidung von Bazillen anwendbar sein und die so wünschenswerte Durchuntersuchung ganzer Ortschaften erleichtern würde, wäre ein außerordentlicher Gewinn und würde die Typhusbekämpfung ungemein fördern, so daß das Auffinden einer solchen Methode wohl eines Preisausschreibens wert sein würde.

Die Erklärung einer Person, daß sie niemals an Typhus gelitten habe, darf von einer Untersuchung nicht abhalten, da im Bekämpfungsgebiet schon jetzt 108 Bazillenträger bekannt sind, die nach ihrer Angabe von einer überstandenen Typhuserkrankung oder sonstigen schweren Erkrankung nichts wissen. Die Schwere der Erkrankung scheint keinerlei Einfluß auf die Entwicklung des Kranken zum Bazillenträger zu haben.

Ungerechnet die 106 Bazillenträger in der Bayerischen

Pfalz sind im Bekämpfungsgebiet bisher 394 Bazillenträger bekannt geworden und zwar 79 = 20,0 % männlichen und 315 = 80,0 % weiblichen Geschlechts. Das Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts ist um so bemerkenswerter, als das weibliche Geschlecht an der Anzahl der Typhuserkrankungen in geringerem Grade als das männliche, seit dem Jahre 1907 nur mit 43 %, beteiligt ist. Von den bekannten 394 Bazillenträgern stehen 14 = 3,5 % im Alter unter 15 Jahren und 51 = 13 % im Alter von 65 Jahren und darüber, so daß nahezu 84 % der Bazillenträger im erwerbstätigen Alter sich befinden. Von 81 Bazillenträgern im Alter von 60 Jahren und darüber sind 69 = 85 % Frauen, woraus hervorgeht, daß die weiblichen Bazillenträger eine längere Lebensdauer als die männlichen haben. Von den 8648 Typhuskranken des Bekämpfungsgebiets seit dem Jahre 1907 sind nachweislich 155 = 1,79 % in unmittelbarem Anschluß an ihre Erkrankung Bazillenträger geworden und zwar von 4925 Typhuskranken männlichen Geschlechts 46 = 0,93 % und von 3723 weiblichen Geschlechts 109 = 3,14 %. Einige Bazillenträger entgehen trotz mehrmaliger bakteriologischer Untersuchung der Feststellung unmittelbar im Anschluß an den überstandenen Typhus. Seit dem Jahre 1907 sind im Bekämpfungsgebiet 6 Bazillenträger, 5 weibliche und ein männlicher, aufgefunden worden, die nach ihrer Erkrankung als bakteriologisch genesen erklärt worden waren; aber gerade hierbei darf man zweifelhaft sein, ob nicht bei der Einsendung der Untersuchungsproben absichtliche Täuschungen oder fahrlässige Verwechslungen vorgekommen sind, wenn der Genesende lebhaft seine Entlassung aus dem Krankenhause wünscht. Typhuskranke, die nicht zur amtlichen Kenntnis gekommen sind, können zur Vermehrung der Bazillenträger beitragen; im Bekäupfungsgebiet kamen jedoch hierfür fast nur Kinder in Betracht, die, wie es vorläufig wenigstens scheint, nur in geringem Grade dazu neigen, Bazillenträger zu werden. Alles in allem wird der jährliche Zugang an Bazillenträgern auf 2,5 % der Typhuskranken zu schätzen sein, so daß nach dem jetzigen Stande der Typhuserkrankungen im Bekämpfungsgebiet mit einem jährlichen Zugang von etwa 20 Bazillenträgern zu rechnen ist. Hierzu treten die aus der Zeit vor der systematischen Typhusbekämpfung stammenden neu aufgefundenen Bazillenträger, deren vollständige Ermittlung noch mehrere Jahre in Anspruch nehmen wird, sowie die eingewanderten Bazillenträger, die gleichfalls Beachtung verdienen; denn die Anzahl der Ausländer im Bekämpfungsgebiet dürfte auf mindestens 100000 Menschen zu schätzen sein, woran die italienische Bevölkerung mit etwa 60000 Personen beteiligt ist. In Italien kamen aber im Durchschnitt der Jahre von 1906 bis 1911 auf 10000 Einwohner 10,51 Typhuserkrankungen, während im gleichen Zeitraum in Preußen nur 3,59 und im Bekämpfungsgebiet 5,46 Typhuskranke auf 10000 Einwohner entfielen. Bei diesem wesentlich stärkeren

Auftreten des Typhus in Italien ist unter der eingewanderten italienischen Bevölkerung eine große Anzahl von Bazillenträgern vorauszusetzen; es sind aber bisher nur zwei italienische Bazillenträger, darunter ein Kind, aufgefunden worden, da die Italiener sich meistens den Untersuchungen zu entziehen wissen.

Immerhin ist die Produktion von Bazillenträgern nicht unbegrenzt, und wenn auch der Typhus erst mit dem letzten Bazillenträger vertilgt sein wird, und das Verschwinden der Bazillenträger erst dann abzusehen ist, wenn der Zugang an Bazillenträgern geringer ist als der Abgang, so kann doch kein Zweifel sein, daß die einstige Ausrottung des Typhus die Wahrscheinlichkeit für sich hat. Der natürliche Abgang an Bazillenträgern durch den Tod ist freilich gering; denn es sind bisher im Bekämpfungsgebiet nur 14 Sterbefälle von bekannten Bazillenträgern gemeldet worden, eine sehr kleine Anzahl, selbst wenn man berücksichtigt, daß die Meldungen nicht rechtzeitig erfolgen und mitunter gänzlich ausbleiben. Auch spontane Befreiung von Bazillen ist bei solchen Personen, die etwa nach 6 Monaten nach der klinischen Genesung noch Typhusbazillen ausscheiden, nicht beobachtet worden, sondern es sind lediglich irreführende vorübergehende Unterbrechungen der Ausscheidung von Bazillen oder ständige Lieferungen falschen Materials wahrgenommen worden, so daß eine Selbstheilung von Bazillenträgern nach den hiesigen Erfahrungen um so weniger angenommen werden kann, als mehrfach Bazillenträger, die vor einigen Jahren wegen des negativen Ergebnisses mehrerer bakteriologischen Untersuchungen als genesen erklärt worden waren, in den letzten beiden Jahren wieder als Bazillenausscheider festgestellt worden sind. Ferner haben alle therapeutischen Versuche bisher ein befriedigendes Ergebnis nicht gehabt; es ist auch kaum anzunehmen, daß auf diesem Wege in absehbarer Zeit die Anzahl der Bazillenträger wird verringert werden können.

Da der Bestand an Bazillenträgern nicht anzugreifen ist, so wird es darauf ankommen, den Zugang an Bazillenträgern zu vermindern. Es liegt nahe, die Typhuskranken chemotherapeutisch oder durch Anwendung von Schutzstoffen derartig zu beeinflussen, daß sie nicht Bazillenträger werden; allein auch hierzu sind sehr ausgedehnte Versuche notwendig, ehe von einer sicheren Wirkung einer Methode gesprochen werden könnte, Versuche, die mit Rücksicht auf das Wohl der Kranken nicht leicht anzustellen sind. Es bleibt daher zur Verkleinerung der Anzahl der Bazillenträger nach dem jetzigen Stande unserer Erkenntnis nichts anderes übrig, als die Verminderung des Zugangs an Bazillenträgern durch Verringerung der Erkrankungen auf dem bisher bewährten Wege der überaus wichtigen rechtzeitigen Meldung der Erankungen, der wirksamen Absonderung der Kranken, die im Bekämpfungsgebiet bereits bei 81 % der Typhuskranken im Krankenhause erfolgt, und der ordnungsmäßigen Desinfektion anzustreben.

Dieser Circulus vitiosus kann durchbrochen werden, wenn es gelingt, den Bazillenträgern auch ohne Befreiung von Bazillen ihre Ansteckungsfähigkeit zu nehmen. Zunächst aber ist es noch nicht einmal klar, ob die Bazillenträger zu gewissen Zeiten besonders zahlreiche Bazillen ausscheiden und dadurch weitere Infektionen verursachen, oder ob sie zeitweilig besonders angriffsfähige Bazillen produzieren, die leichter imstande sind, Infektionen zu vermitteln, oder ob schließlich die Infizierten sich zur Zeit der Infektion in einem Zustande geringerer Widerstandsfähigkeit befunden haben. Von den im Jahre 1913 durch Bazillenträger unmittelbar verursachten 90 Infektionen im Bekämpfungsgebiet entfielen auf die erste Hälfte des Kalenderjahres 26 und auf die zweite Hälfte 64; im Juni war ein deutlicher Anstieg, im Dezember ein deutlicher Abfall in der Anzahl dieser Infektionen festzustellen. Diese Angabe bestätigt nur die längst bekannte Tatsache, daß in der warmen Jahreszeit mehr Typhusinfektionen geschehen als in der kühleren, ohne die Ursache zu erklären, wenn sie auch geeignet ist, die Bedeutung der Bazillenträger als Typhusverbreiter noch mehr hervorzuheben. Ein Immunitätswall, dessen Vorhandensein angenommen worden ist, bildet sich nicht um Bazillenträger; denn die mehrfachen Infektionen erwachsener Söhne nach Jahrzehnte langem Zusammenleben mit ihren Müttern, die seit vielen Jahren Bazillenträgerinnen sind, sprechen ebensosehr dagegen wie die Infektionen unter Eheleuten nach mehrjähriger Ehe, von denen ein Gatte seit Jahren Bazillenträger ist. Man hat den Eindruck, daß der Bazillenträger ohne weiteres zur Infektionsvermittlung nicht genügt, sondern daß noch ein besonders günstiger Umstand hinzutreten muß.

Sicher aber ist es, daß große Sauberkeit die Bazillenträger vor der Uebertragung der Typhuskeime auf andere Personen bewahrt; denn gebildete Bazillenträger infizieren, selbst wenn sie mit dem Urin zahlreiche Bazillen ausscheiden, niemand mehr, sobald sie über ihren Zustand ausreichend belehrt worden sind. Auch die Arbeiterbevölkerung hat für Belehrungen im allgemeinen Interesse und sucht nach besten Kräften weitere Infektionen zu verhüten. Am wenigsten zugänglich sind Bauersfrauen, die äußerst hartnäckig und ungläubig alle Belehrungen in den Wind schlagen und erst dann bescheiden werden, wenn bei ihnen immer wieder Dienstboten an Typhus erkranken, sodaß sie überhaupt nicht mehr Dienstboten bekommen können. Man muß ihnen zugute halten, daß es für sie höchst unangenehm ist, von den Nachbarn gemieden und in ihrem landwirtschaftlichen Betriebe, z. B. beim Milchhandel, empfindlich gestört zu werden. Ueberhaupt wird die Psyche der Bazillenträger, die unter ihrem Schicksal mitunter seelisch sehr schwer leiden oder materiell geschädigt werden, bei dem Verkehr mit ihnen und bei den zur Verhütung einer Uebertragung zu ergreifenden Maßnahmen nicht außer acht gelassen werden dürfen.

Menschenscheu, Selbstmordgedanken, unglücklich gewordene Ehen sind bei Bazillenträgern schon beobachtet worden.

Für den Fall, daß jegliche eindringliche und freundliche Belehrung auf gänzlich unfruchtbaren Boden fällt, sind Zwangsmaßnahmen notwendig und dazu gewährt das preußische Ausführungsgesetz vom 28. August 1905 die Möglichkeit, sofern nur dem von Kirchner wohl begründeten Satz, daß Typhusbazillenträger sanitätspolizeilich als Typhuskranke zu betrachten und zu behandeln sind, die höchsten Gerichtshöfe sich anschließen. In dem Regierungsbezirk Trier verfährt die Verwaltung mit dem größten Vorteil für die Typhusbekämpfung nach diesem Grundsatz, ohne daß über Belästigung geklagt oder gar die höheren gerichtlichen Instanzen angerufen worden wären. Das natürliche Volksempfinden aber sträubt sich dagegen, voll erwerbsfähige, gut genährte und sich durchaus gesund fühlende Bazillenträger als Kranke zu bezeichnen und zu behandeln. Da es auf die Dauer schwierig ist, sich mit dem natürlichen Volksempfinden in Widerspruch zu setzen, so wird es sich empfehlen, nicht im Wege der Auslegung des Gesetzes das den Bazillenträgern gegenüber einzuhaltende Verfahren zu regeln, sondern durch einen neuen Akt der Gesetzgebung eine Brücke zu schlagen, auf der man unmittelbar an die Bazillenträger herankommt mit dem Ziele, sämtliche Bazillenträger zu ermitteln, sie zu belehren und zur persönlichen Sauberkeit zu erziehen, sie selbst und ihre Umgebung zu beobachten und sie von Nahrungsmittelbetrieben, in denen sie Infektionen verursachen können, sowie vom Krankenpflegerdienst fernzuhalten. Dann aber ist es zweckmäßig nicht nur für Preußen allein eine Regelung vorzunehmen, sondern sämtliche Bundesstaaten zu beteiligen, da die heutigen Verkehrsverhältnisse ein möglichst gleichmäßiges Verfahren im ganzen Deutschen Reich erfordern. Das kann am leichtesten geschehen, wenn der Typhus unter die Krankheiten des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 eingereiht wird.

Ein kurzer Ueberblick über die Entwicklung des Desinfektionswesens in Preußen.

Von Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. **F. Loeffler**, Direktor des Instituts für Infektionskrankheiten „Robert Koch“, in Berlin.

Den Beginn der wissenschaftlichen Desinfektionslehre kann man mit wohlbegründetem Recht datieren von der Bekanntgabe der Arbeiten Robert Kochs im ersten Bande der Mitteilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. Am Beispiele des sporenbildenden Milzbrandbacillus hatte Koch gelehrt, wie man mit Hilfe der bakteriologischen Methoden die Wirkung der verschiedensten chemischen und physikalischen Agentien gegenüber den vegetativen und den Dauerformen eines bestimmten

Mikroorganismus untersuchen muß. Gleich bei diesem ersten Versuche hat er die für die Praxis in Betracht kommenden und später auch in derselben bewährten wichtigsten chemischen und physikalischen Agentien herausgefunden. Mit den Fortschritten in der Entdeckung der Krankheitserreger ist seitdem die Feststellung der für jeden einzelnen am besten geeigneten Desinfizientien Hand in Hand gegangen.

Als die Quintessenz der wissenschaftlichen Forschungen erschienen dann in den Jahren 1900 und 1905 das Reichsgesetz betr. die Bekämpfung der gemeingefährlichen und das preußische Gesetz betr. die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten. Beiden Gesetzen waren Desinfektionsanweisungen beigegeben, die den damaligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis auf diesem Gebiete wiederspiegelten. Wenn die als die besten erkannten und gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zu den erhofften Erfolgen führen sollten, dann mußte natürlich vor allem dafür Sorge getragen werden, daß sie in der Praxis auch zur Durchführung gelangten. Den Polizeiorganen lag die Anordnung der Desinfektionsmaßregeln ob, den sachverständigen Medizinalbeamten deren Ueberwachung. Aber wer hatte nun die Desinfektionen wirklich auszuführen? Hier war eine bedenkliche Lücke! Es fehlte an dem Personal, das mit der Technik der Ausführung vertraut war und für eine richtige Ausführung der gesetzlich vorgeschriebenen Verfahren eine wirkliche Garantie bot. Diese Lücke frühzeitig erkannt und ausgefüllt zu haben, ist eines der größten Verdienste Martin Kirchners. Mit unermüdlicher Energie ist er bestrebt gewesen von der hervorragenden Stelle aus, in die er berufen war, für das Königreich Preußen ein geschultes, sachverständiges Desinfektionspersonal zu schaffen, das überall in Stadt und Land bei der Hand und imstande war, die von den Gesetzen erheischten desinfektorischen Maßnahmen in der Praxis zur Durchführung zu bringen. Hand in Hand damit ging sein nie ermüdendes Bestreben, das ganze Land mit öffentlichen Desinfektionsanstalten versehen zu lassen, in denen Apparate zur Verfügung standen, die den wissenschaftlichen Anforderungen auch wirklich entsprachen, und in der Hand geschulter Desinfektoren eine sichere Vernichtung der an den verschiedensten Stoffen und Geräten haftenden Infektionskeime auch gewährleisteten.

Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts waren nur an wenigen Orten festangestellte sog. Berufsdesinfektoren vorhanden; meist wurden Krankenwärter, Polizeibeamte, Feuerwehrleute, Straßenreiniger, Gemeindediener u. A. nebenamtlich mit der Ausführung der Desinfektionen betraut. Die, man kann sagen, von ungenügend vorgebildeten Laien ausgeführten Desinfektionen gaben vielfach zu Klagen Anlaß, weil die desinfizierten Sachen beschädigt oder in ihrem Werte verringert wurden. Es erschien deshalb notwendig, besondere Desinfektoren-Schulen zu errichten, in denen die mit der Desinfektion zu betrauenden Leute sowohl theoretisch, wie auch praktisch in der Des-

infektionslehre und -Technik unterrichtet würden. Im Jahre 1901 wurden in Breslau, Danzig und Posen solche Schulen eingerichtet. Der theoretische Unterricht wurde in den hygienischen Instituten, der praktische in den städtischen Desinfektionsanstalten erteilt. Die guten mit diesen Schulen erzielten Erfolge gaben dazu Anlaß, im Jahre 1903 die Errichtung gleicher Schulen in Königsberg, Halle, Kiel, Münster, Göttingen, Marburg, Greifswald, Hannover, Frankfurt a. M., Cöln und Potsdam in Aussicht zu nehmen. In erster Linie waren es mithin die hygienischen Universitätsinstitute, die zur Erteilung des Unterrichts herangezogen wurden. Diese für die Unterrichtung der Studierenden in der Hygiene geschaffenen Institute schienen naturgemäß vor allem auch eine gute Ausbildung der Kräfte für die Praxis der Desinfektion zu gewährleisten, da sie ja von ihrer Begründung an bei der Erforschung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten mittätig gewesen waren.

In zweiter Linie kamen in Betracht die hygienischen Institute, die in den großen Städten und in großen Industriebezirken zum Zwecke einer gründlichen Seuchenbekämpfung errichtet waren. Gerade in den großen Städten hatte sich die Notwendigkeit, ein geschultes Personal zur Verfügung zu haben, ganz besonders aufgedrängt. Endlich erschienen auch die neuerrichteten Medizinaluntersuchungsämter als geeignete Stätten zur Unterrichtung von Desinfektoren.

Bis Ende 1903 waren bereits 14 Desinfektorenschulen eingerichtet vorhanden; ihre Zahl stieg im Jahre 1904 auf 17 und im Jahre 1912 auf 20. Die Zahl der in den Schulen vom Jahre 1904 bis zum Jahre 1912 abgehaltenen Kurse und deren Teilnehmer ist aus der nachfolgenden Tabelle ersichtlich (Tabelle I).

Die Aufgabe der in den Schulen den Unterricht Erteilenden war keine leichte. In wenigen Tagen mußte den aus den verschiedensten praktischen Berufen stammenden, ohne jede Vorkenntnis in die Schulen eintretenden Schülern ein Begriff beigebracht werden von dem, was Infektion und Desinfektion bedeutet, ferner eine Uebersicht über die übertragbaren Krankheiten und über die Art und Weise, wie sie durch Ausscheidungen der Kranken weiter übertragen werden, gegeben werden; dann folgte die Belehrung über die zu verwendenden Apparate und Chemikalien und endlich die Unterweisung in deren Handhabung, die in der Regel von den städtischen Desinfektoren in den städtischen Desinfektionsanstalten praktisch vorgeführt und von den Schülern geübt werden mußte. Eine ganze Reihe von Leitfäden entstanden in kurzer Zeit, die den Schülern das Erfassen des Gegenstandes sehr erleichterten. Die Aushändigung der Belehrungen über die verschiedenen übertragbaren Krankheiten an die Desinfektoren gemäß dem Min.-Erlasse vom 23. Oktober 1907 erhöhte wesentlich das Interesse und erleichterte das Verständnis für die von ihnen zu erfüllenden Aufgaben.

Aber damit war das Unterrichtsmaterial noch nicht er-

Tabelle I.

Nachweisung der in den Desinfektorenschulen abgehaltenen Kurse einschließlich der Wiederholungskurse und der Schwesternkurse.

Ort der Desinfektoren-schule	1904		1905		1906		1907		1908		1909		1910		1911		1912	
	Zahl der Lehrgänge	Zahl der Teilnehmer	Zahl der Lehrgänge	Zahl der Teilnehmer	Zahl der Lehrgänge	Zahl der Teilnehmer	Zahl der Lehrgänge	Zahl der Teilnehmer	Zahl der Lehrgänge	Zahl der Teilnehmer	Zahl der Lehrgänge	Zahl der Teilnehmer	Zahl der Lehrgänge	Zahl der Teilnehmer	Zahl der Lehrgänge	Zahl der Teilnehmer	Zahl der Lehrgänge	Zahl der Teilnehmer
Königsberg[1]	3	25	3	19	2	24	2	23	3	45	4	36	3	26	3	40	4	51
Danzig I[2]	2	17	4	43	2	16	2	11	2	13	2	21	5	34			1	4
Danzig II[3]																	3	23
Berlin[4]															1	4	2	9
Potsdam[5]	4	51	5	50	4	39	8	106	6	63	12	102	8	109	11	149	10	112
Greifswald[6]	3	24	3	28	2	20	2	19	3	16	4	32	6	75	3	33	4	65
Posen[7]	2	20	3	25	2	30	4	53	9	144	4	50	3	49	2	42	2	40
Breslau[8]	5	55	8	76	8	92	8	224	10	311	11	277	11	211	12	437	12	343
Halle[9]	3	39	5	51	6	49	6	55	6	66	6	60	7	105	3	46	4	59
Kiel[10]	2	27	2	26	2	25	4	29	4	34	4	54	5	72	5	68	5	66
Hannover[11]	—	—	5	41	3	28	2	16	5	36	3	26	3	27	4	35	4	28
Göttingen[12]	1	16	2	20	4	43	2	25	3	33	3	25	2	19	2	22	2	19
Münster i. W.[13]	5	33	5	31	2	24	1	6	12	101	12	122	5	38	5	24	6	55
Gelsenkirchen[14]	1	14	3	16	2	16	3	30	9	37	9	87	7	66	7	65	7	56
Marburg[15]	1	7	2	17	2	17	2	16	1	10	2	14	4	65	—	—	2	16
Frankfurt a. M.[16]	2	22	2	19	2	24	2	18	1	10	—	—	4	52	6	90	5	84
Coblenz[17]	1	8	—	—	—	—	4	64	2	31	4	54	7	97	7	109	7	66
Düsseldorf[18]					7	71	6	68	11	102	8	124	12	150	8	105	12	154
Cöln[19]	5	38	7	50	7	179	14	218	10	120	7	68	8	76	3	27	4	43
Trier[20]	1	6	5	35	8	66	4	25	7	107	13	160	7	80	2	13	8	112

[1]) Hygienisches Universitätsinstitut. [2]) Städtische Hygienische Untersuchungsanstalt. [3]) Medizinaluntersuchungsamt. [4]) Kgl. Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“. [5]) Medizinaluntersuchungsamt. [6]) Hygienisches Universitätsinstitut. [7]) Hygienisches Institut. [8]) Hygienisches Universitätsinstitut. [9]) Hygienisches Universitätsinstitut. [10]) Hygienisches Universitätsinstitut. [11]) Medizinaluntersuchungsamt. [12]) Hygienisches Universitätsinstitut. [13]) Medizinaluntersuchungsamt. [14]) Institut für Hygiene und Bakteriologie. [15]) Hygienisches Universitätsinstitut Marburg. [16]) Städtisches Hygienisches Institut. [17]) Medizinaluntersuchungsamt. [18]) Medizinaluntersuchungsamt. [19]) Städtische Desinfektionsanstalt. [20]) Medizinaluntersuchungsamt.

schöpft. Die Desinfektoren waren infolge ihrer speziellen Ausbildung geradezu dazu prädistiniert, die Aerzte bei der Ausführung der Bestimmungen des Seuchengesetzes zu unterstützen. Da sie die Se- und Exkremente der Kranken zu desinfizieren hatten, so mußten sie am besten verstehen, mit diesen Stoffen umzugehen. Sie wurden deshalb in den Schulen noch ganz besonders in der Entnahme und Uebersendung von bakteriologischem Untersuchungsmaterial und von Wasserproben unterrichtet.

Durch Min.-Erlaß vom 22. Juli 1904 wurde die Tätigkeit der Desinfektorenschulen geregelt. Die Dauer der einzelnen Kurse wurde auf Grund der in den Schulen gemachten Erfahrungen und der von deren Leitern dem Minister erstatteten Berichte von anfänglich 6 Tagen auf 9 Tage verlängert. Am Schlusse jedes Kursus fand eine staatliche Prüfung statt, auf deren Grund denen, die die Prüfung bestanden hatten, das Zeugnis als staatlich geprüfter Desinfektor ausgestellt wurde. Der richtigen Auswahl der zu den Kursen zu entsendenden Schüler, was Intelligenz, Vorbildung und Alter anlangt, wurde im Hinblick auf die verantwortungsvollen Arbeiten der Desinfektoren mit der Zeit eine immer größere Sorgfalt gewidmet. Das Alter von 45 Jahren wurde als Höchstgrenze für die Zulassung normiert.

Als besonders wirksam hat sich die Einrichtung erwiesen, daß die zur Teilnahme an einem Lehrkursus sich Meldenden zuerst von dem zuständigen Kreisarzt einer Vorprüfung unterzogen wurden, die sich namentlich auch auf die rechnerischen, bei der Feststellung des Kubikinhaltes von Räumen in Frage kommenden Fähigkeiten erstreckte. Durch die Vorprüfung wurde erreicht, daß das geistige Niveau der Desinfektoren ein den Anforderungen ihres Dienstes entsprechend hohes blieb, und daß nur wenigen der Kursusteilnehmer das erstrebte staatliche Prüfungszeugnis vorenthalten zu werden brauchte.

Die pekuniäre Lage der staatlich geprüften Desinfektoren ließ anfänglich viel zu wünschen übrig. Erst allmählich wurde sie besser dadurch, daß sie fest angestellt wurden oder dadurch, daß ihnen eine bestimmte Mindesteinnahme garantiert wurde. Sie erfüllten im allgemeinen ihren Dienst zur Zufriedenheit. Nur vereinzelt wurden Klagen laut über unzuverlässige Arbeiten und nur in ganz seltenen Ausnahmefällen kam es dazu, daß ein Desinfektor entlassen werden mußte. Notwendig erschien es aber gleichwohl, daß sie einer gewissen Kontrolle unterstellt wurden. Vielfach wurde angeordnet, daß die Desinfektoren dem Kreisarzte von der Zeit der Desinfektion vorher Mitteilung zu machen hätten, damit diesem die Möglichkeit einer Kontrolle gegeben war. In manchen Bezirken wurde ein besonderer Oberdesinfektor angestellt, der die Desinfektoren bei ihrer Tätigkeit zu kontrollieren hatte.

Mit der Zeit ergab sich die Notwendigkeit, die Desinfek-

toren in gewissen Zeiträumen, alle 3 Jahre, einer Nachprüfung durch die Kreisärzte zu unterziehen (Min.-Erlaß vom 27. Februar 1908). Dabei stellten sich manche Lücken heraus, namentlich bei solchen, die praktisch weniger zu tun hatten, und denen deshalb auch die Anregung fehlte, ihre Kenntnisse durch Studium von Leitfäden oder Fach-Zeitschriften aufzufrischen.

Diese Feststellung, sowie der Umstand, daß neue Desinfektionsmethoden, so namentlich die Anwendung des Formaldehyds in verschiedener Form, Eingang fanden in die Desinfektionslehre, wurde der Anlaß, die praktisch geprüften Desinfektoren nach einer 6jährigen Dienstpraxis zu kurzfristigen, zweitägigen Wiederholungskursen einzuberufen, in denen das ganze Gebiet der Desinfektionslehre und Technik durchgesprochen und die Neueinrichtungen, sowie die Verbesserungen älterer Verfahren ihnen vorgeführt wurden. Der hohe Wert dieser Wiederholungskurse ist von den Desinfektoren selbst freudig anerkannt und durch rege Teilnahme bestätigt worden.

Die Bedeutung der Einrichtung der Desinfektorenschulen für das Desinfektionswesen erhellt am deutlichsten aus der Zahl der darin ausgebildeten staatlich geprüften Desinfektoren. Da in zahlreichen Schulen jährlich mehrere Kurse abgehalten wurden, ist die Zahl der staatlich geprüften Desinfektoren, die im Jahre 1903 erst 601 betrug, schnell gestiegen, im Jahre 1908 auf 3046 und im Jahre 1912 auf 3528. Im Laufe der Jahre hat sich so ein eigner Stand, der Stand der Berufsdesinfektoren herausgebildet, der sich zu einem großen Verband organisiert hat, Jahresversammlungen abhält, ja sogar eine eigene Ausstellung in Berlin im Jahre 1913 veranstaltet hat, und von einem ausgeprägten Standesbewußtsein getragen, die Notwendigkeit der Fortbildung seiner Mitglieder erkannt, sowie durch Begründung einer eigenen Zeitschrift gefördert hat. Jedenfalls ist den praktischen Bedürfnissen jetzt durchaus genügt. In jedem größeren Orte Preußens ist mindestens ein, in jedem Kreise sind mehrere staatlich geprüfte Desinfektoren vorhanden.

Die nachfolgende Tabelle, die aus den von der Medizinalabteilung des Ministeriums bearbeiteten Berichten über das Gesundheitswesen des preußischen Staates zusammengestellt ist, gibt eine Uebersicht über die jährliche Zunahme der staatlich geprüften Desinfektoren (Tabelle II).

Ein besonderer Wert wurde von den staatlichen Organen von jeher auf die exakte Durchführung der fortlaufenden Desinfektion am Krankenbette gelegt, die ja für die wirksame Verhütung der Ausbreitung der von den Kranken ausgeschiedenen Infektionsstoffe von ausschlaggebender Bedeutung ist. Die behandelnden Aerzte allein konnten eine ausreichende Desinfektion nicht gewährleisten, da ihnen die Zeit fehlte, um sie zu leiten und zu überwachen. Die geprüften Desinfektoren wurden in der Regel nicht dazu herangezogen; nur in einzelnen Orten war dies der Fall. Den Desinfektoren lag hauptsächlich die Ausführung der Schlußdesinfektion ob. Die Desinfektionen

Tabelle II.

Nachweisung der staatlich geprüften Desinfektoren.

Die Zahl der staatlich geprüften Desinfektoren betrug in den Jahren:

Reg.-Bezirk	1902 1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912
Königsberg	Noch unvollständige Angaben	30	fehlt	37	46	45	47	43	50	48
Gumbinnen		25	46	22	23	23	26	32	32	36
Allenstein		fehlt	41	27	29	35	36	44	45	43
Danzig		27	40	60	36	36	44	53	55	55
Marienwerder		29	54	68	58	58	70	73	83	74
Berlin			119	74	110	105	147	127	135	224
Potsdam		133	142	162	169	181	184	210	218	222
Frankfurt a. O.		359	42	68	88	89	95	101	102	100
Stettin		43	54	50	68	66	68	76	76	80
Köslin		40	58	48	41	53	50	52	51	50
Stralsund		18	18	22	22	22	20	22	22	23
Posen		61	69	87	99	104	114	119	126	129
Bromberg		29	46	65	63	70	69	74	77	78
Breslau		130	128	138	116	130	146	136	187	154
Liegnitz		141	164	51	80	105	115	121	117	121
Oppeln		188	175	204	208	207	186	210	210	226
Magdeburg		28	62	54	72	97	93	104	99	101
Merseburg		46	59	87	107	104	110	129	127	121
Erfurt		30	44	48	51	52	54	54	57	63
Schleswig		84	103	85	107	111	117	112	116	129
Hannover		17	37	61	48	44	41	44	66	59
Hildesheim		41	41	60	64	63	59	66	69	67
Lüneburg		36	22	34	58	54	42	58	58	65
Stade		22	27	33	35	38	37	40	44	44
Osnabrück		9	12	20	38	41	28	42	28	29
Aurich		12	15	8	10	11	11	13	13	13
Münster		55	58	60	69	65	74	85	77	83
Minden		114	116	112	108	96	82	83	86	88
Arnsberg		196	fehlt	208	214	208	227	213	215	208
Cassel		21	37	58	75	81	86	85	92	90
Wiesbaden		72	83	77	81	86	87	95	93	105
Coblenz		47	54	53	56	52	57	59	59	60
Düsseldorf		120	135/140	156	175	198	217	215	223	225
Cöln		77	79	120	137	116	116	164	112	115
Trier		135	114	112	104	100	107	103	100	105
Aachen		37	49	76	81	93	86	88	90	89
Sigmaringen		5	6	8	7	7	7	7	7	6
Zusammen		2352	2249	2703	2953	3046	3155	3352	3366	3528

am Krankenbette fielen dem mit der Pflege betrauten Personal, den Krankenpflegerinnen, insonderheit den überall als vortreffliche Helferinnen bewährten Schwestern zu. Es schien deshalb notwendig, die mit der Krankenpflege beruflich sich befassenden Schwestern, in erster Linie die Gemeindeschwestern, über die von ihnen am Krankenbette zu erfüllenden desinfektorischen Aufgaben genau zu unterrichten. Es wurden deshalb kurzfristige Kurse für Schwestern eingerichtet (Min.-Erlaß betr. Ausbildungen von Krankenschwestern in der Desinfektion vom 30. März 1908). Sie fanden schnell Anklang. Die Schwestern, die sich im allgemeinen durch ihre berufliche Tätigkeit einer viel besseren Vorbildung für den angestrebten Zweck erfreuten als die aus den verschiedensten Berufen stammenden Schüler der Desinfektorenschulen, haben überall das in sie gesetzte Vertrauen im vollsten Maße gerechtfertigt. Von Jahr zu Jahr hat sich die Zahl der Schwesternkurse gesteigert. Bei den Leitern aller Desinfektorenschulen herrschte nur eine Stimme des Lobes über den musterhaften Eifer und über das außerordentliche Verständnis, das die Schwestern in den Kursen bewiesen haben. Den Bedürfnissen der Krankenhäuser, in denen Schwestern tätig sind, entsprechend wurde den Schwestern nach stattgehabter Prüfung ein Zeugnis ausgestellt mit der Maßgabe, daß sie mit den staatlich geprüften Desinfektoren nicht in Konkurrenz treten und, abgesehen von der fortlaufenden Desinfektion am Krankenbette, ihre Tätigkeit auf die Krankenhäuser beschränken sollten.

Dank der fortgesetzten Anregungen und Ermahnungen der Aufsichtsbehörden und dem verständnisvollen Entgegenkommen der Krankenhausverwaltungen konnte im Jahre 1912 die erfreuliche Tatsache festgestellt werden, daß fast jede Krankenanstalt in Preußen in ihrem Personalbestand einen oder sogar mehrere geprüfte Desinfektoren oder Desinfektorinnen zählte.

Durch andauernde wiederholte Belehrungen, die in manchen Kreisen durch sogenannte Gesundheitsaufseher erfolgten, durch Uebermittlung gemeinverständlicher Erklärungen und kurz gefaßter Desinfektionsanweisungen an die Angehörigen der Kranken wurde bei dem Publikum allmählich das Verständnis für die notwendigen Maßnahmen bei den fortlaufenden Desinfektionen erweckt, und dadurch die Aufgabe der Schwestern und Pflegerinnen mehr und mehr erleichtert, besonders auch auf dem platten Lande.

Die wissenschaftliche Um- und Neugestaltung der Desinfektionslehre durch Koch und seine Mitarbeiter hatte einen mächtigen Anstoß gegeben, einmal nach der konstruktiven Seite hin, so daß zahlreiche Modelle von Dampfdesinfektionsapparaten entstanden, und zweitens auch nach der Richtung hin, daß zahlreiche Gemeinwesen, im besonderen die größeren Städte dazu angeregt wurden, sich geeignete moderne Apparate zu beschaffen, namentlich in den Jahren, in denen die Cholera drohend ihr Haupt erhoben hatte. Als dann die Choleragefahr

vorüber war, ließ das Interesse an den Desinfektionsapparaten wesentlich nach. Vielfach standen sie ungebraucht, zumal es nicht selten auch an einer sachverständigen Bedienung mangelte. Aber wiederum war es die große Lehrmeisterin der Hygiene, die Cholera, die den Anlaß dazu gab, daß die ganze Frage der Desinfektions-Apparate von neuem aufgerollt und nach der praktischen Seite hin weiter entwickelt wurde.

In dem Ministerium der Medizinal-Angelegenheiten, dem die Sorge für die salus publica obliegt, verfolgte man mit wachsamem Auge das Verhalten der Cholera. In dem Jahre 1902 hatte sich die Lage so gestaltet, daß man bereits von einer drohenden Choleragefahr sprechen konnte. Um dem Feinde mit der sicheren Aussicht auf Erfolg entgegentreten zu können, mußten alle Vorbereitungen getroffen werden. Zu diesen gehörten auch sicher funktionierende Apparate bei den etwa notwendig werdenden Desinfektionen. Freilich waren solche Apparate in nicht geringer Zahl vorhanden. Aber waren denn diese in früheren Jahren beschafften, an vielen Orten vorhandenen Apparate nun auch wirklich praktisch brauchbar? Diese Frage konnte nur durch direkte, ad hoc angestellte Untersuchungen mit Sicherheit beantwortet werden. Durch den denkwürdigen Min.-Erlaß vom 25. September 1902 wurden die Regierungspräsidenten aus Anlaß der Choleragefahr ersucht, dafür Sorge zu tragen, daß die zur Desinfektion von Wäsche und Kleidungsstücken bestimmten Apparate sich in leistungsfähigem Zustande befänden. Zu diesem Zwecke sollten alle Desinfektionsanstalten und Desinfektionsapparate, soweit sie in öffentlicher Benutzung standen, einer außerordentlichen Besichtigung durch die zuständigen Kreisärzte unterzogen werden. Die Prüfung von Desinfektionsapparaten für strömenden Wasserdampf sollte in der Weise geschehen, daß bei der Beschickung des Apparates im Innern eines Wäschebündels Briefchen aus Fließpapier, in welchen sich an Seidenfäden angetrocknete Milzbrandsporen befanden, eingebracht, nach halbstündiger Einwirkung des Dampfes herausgenommen und darauf untersucht würden, ob die Milzbrandsporen abgetötet wären oder nicht. Die in Frage kommenden bakteriologischen Anstalten und Untersuchungsämter waren angewiesen worden, den Kreisärzten auf amtliches Ersuchen eine entsprechende Anzahl von Päckchen mit Milzbrandsporen zur Verfügung zu stellen, sie nach Wiedereingang bakteriologisch zu untersuchen und das Ergebnis der Untersuchung dem betreffenden Kreisarzte mitzuteilen. Auf Grund der hiernach eingegangenen Berichte ist die nachfolgende Uebersicht zusammengestellt worden[1]) (Tabelle III), aus der die genaue Zahl der damals in Preußen zur Verfügung stehenden Apparate ersichtlich ist.

Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, daß zusammen

[1]) Siehe das Gesundheitswesen des preußischen Staates im Jahre 1902; S. 72—74.

Tabelle III.

Uebersicht über die im Jahre 1902 vorhandenen Desinfektionsapparate und deren Prüfungsergebnis.

	Regierungsbezirk	Zahl der Desinfektionsapparate						Bei der Prüfung beanstandete Dampfapparate
		a. stationäre	b. transportable	c. mit Dampf: α strömendem	β gespanntem	γ beides zusammen	d. mit Formalin	
1.	Königsberg . . .	45	29	42	1	4	27	1
2.	Gumbinnen . . .	23	10	18	2	3	10	6
3.	Danzig	18	7	17	7	—	1	4
4.	Marienwerder . .	14	16	14	5	3	8	7
5.	Berlin	13	2	14	—	—	1	—
6.	Potsdam	42	11	28	11	8	6	11
7.	Frankfurt a. M. . .	21	29	15	9	—	26	2
8.	Stettin	25	25	33	—	1	16	4
9.	Köslin	15	8	14	1	1	7	2
10.	Stralsund	4	3	4	—	—	3	—
11.	Posen	43	39	61	—	—	21	10
12.	Bromberg	9	22	17	1	4	9	2
13.	Breslau	44	40	28	9	11	36	14
14.	Liegnitz	44	7	41	4	1	5	5
15.	Oppeln	48	48	49	4	7	36	7
16.	Magdeburg . . .	19	18	29	1	3	4	12
17.	Merseburg	21	16	14	10	1	12	11
18.	Erfurt	13	6	12	1	1	5	3
19.	Schleswig	64	65	56	23	—	50	10
20.	Hannover	15	10	9	5	2	9	1
21.	Hildesheim . . .	21	25	16	4	4	22	4
22.	Lüneburg	10	11	7	3	2	9	2
23.	Stade	12	2	10	3	1	—	1
24.	Osnabrück	21	7	10	2	9	7	1
25.	Aurich	10	4	9	1	—	4	1
26.	Münster	50	9	41	7	—	11	4
27.	Minden	26	57	16	4	7	56	4
28.	Arnsberg	60	45	43	4	14	44	5
29.	Kassel	13	11	12	1	5	6	2
30.	Wiesbaden . . .	25	30	25	4	11	15	9
31.	Koblenz	19	24	11	9	—	23	2
32.	Düsseldorf . . .	91	31	69	18	6	29	20
33.	Köln	9	71	9	2	1	68	2
34.	Trier	15	49	12	3	1	48	1
35.	Aachen	11	4	10	2	—	3	3
36.	Sigmaringen . . .	3	1	2	1	—	1	—
	Zusammen	936	792	817	162	111	638	173

1728 Desinfektionsapparate zur öffentlichen Benutzung vorhanden waren, darunter 936 stationäre und 792 transportable. Mit Einrichtung für strömenden Dampf waren 817, für gespannten Dampf 162, für beides 111, für Formalin 638 Apparate vorhanden. Von den Dampfdesinfektionsapparaten wurden 173 beanstandet, da ihre Wirksamkeit auf die Milzbrandsporen nicht genügt hatte.

Die allgemeine Prüfung der Desinfektionsapparate hatte, wie zu erwarten war, einen Aufschwung des Desinfektionswesens im Gefolge. Die aufgedeckten Mißstände mußten abgestellt, an Stelle der unbrauchbaren Apparate neue beschafft werden. Die Technik erhielt dadurch den Anstoß, sich mit dem Bau der Desinfektionsapparate wieder mehr zu beschäftigen.

Eine zunehmende Bedeutung gewann die Formalindesinfektion. Sie fand Anklang beim Publikum besonders deshalb, weil die Gegenstände bei diesem Verfahren nicht beschädigt wurden. Da zudem die Beschaffung eines Formalinapparates sehr viel weniger Kosten erheischte als die eines Dampfdesinfektionsapparates entschlossen sich die Gemeinden leichter zu deren Anschaffung. Aus der nachstehenden Tabelle ist die Zunahme der Apparate sowohl der Dampf-, wie der Formalinapparate in der Zeit von 1902—1912 ersichtlich (Tabelle IV).

Während die Zahl der Dampfapparate nur von 1090 auf 1283, d. h. um 193 gestiegen ist, hat die Zahl der Formalin-Apparate sich von 638 auf 3709, d. h. um 3071 erhöht. Es standen somit 1912 für 37 Regierungsbezirke 4992 Desinfektionsapparate zur Verfügung, d. h. für den einzelnen Regierungsbezirk fast 35 Dampf- und 100 Formalinapparate. Diese Fortschritte sind in erster Linie den zielbewußten, immer von neuem wiederholten Anregungen des Ministeriums zu danken. Durch Min.-Erlaß vom 22. Juli 1904 wurden die Regierungspräsidenten angewiesen, die Landräte und Kreisärzte zu veranlassen, daß sie auf den Kreistagen und bei sonst sich bietenden Gelegenheiten ihren Einfluß im Interesse einer Hebung des Entseuchungswesens und einer gesteigerten Zuweisung geeigneter Personen zur Ausbildung als Entseucher geltend machen sollten. Infolge dieser Anregung sind denn auch Desinfektionsapparate in ziemlich bedeutender Zahl neu beschafft, auch Polizeiverordnungen über die Desinfektionspflicht in einer Anzahl von Bezirken erlassen worden. Im allgemeinen hat man sich aber damals auf dem ganzen Gebiete zunächst noch eine gewisse Zurückhaltung auferlegt, um die Vorschriften des im Landtage zur Verhandlung stehenden Seuchengesetzes abzuwarten. Erst nachdem das Gesetz angenommen und ganz besonders, nachdem unter dem 15. September 1906 in der Anlage 5 zu den Ausführungsbestimmungen eine Desinfektionsanweisung gegeben und außerdem noch besondere Desinfektionsanweisungen den Anweisungen zu den einzelnen Krankheiten beigegeben waren, entwickelte sich auf dem ganzen Gebiete des Desinfektionswesens eine hoch-

Tabelle IV.

Nachweisung der vorhandenen Dampfdesinfektions- und Formalinapparate.

Regierungsbezirk	Dampfdesinfektionsapparate:											Formalinapparate:										
	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912
Königsberg	47	Nähere Angaben fehlen.	—	—	45	44	46	30	39	26	27	27	Nähere Angaben fehlen.	—	—	64	76	80	54	73	60	61
Gumbinnen	23		—	16	17	17	16	22	21	21	21	10		—	23	35	34	36	36	34	34	39
Allenstein	—		—	21	18	21	16	23	26	22	27	—		—	19	20	23	23	19	43	39	45
Danzig	24		—	19	19	24	24	22	26	24	28	1		—	21	27	32	35	36	42	42	46
Marienwerder	22		15	18	18	18	15	16	24	24	13	8		29	43	55	57	68	73	68	68	47
Berlin	14		—	13	8	11	14	13	14	15	18	1		—	36	43	57	81	81	101	101	174
Potsdam	47		62	56	66	65	65	70	82	78	75	6		102	108	157	141	148	173	210	202	200
Frankfurf a. O.	24		24	34	34	36	38	39	39	38	38	26		—	52	88	99	104	114	127	81	139
Stettin	34		30	27	32	36	36	40	42	42	40	16		33	34	60	65	66	77	85	82	92
Köslin	16		17	16	19	17	12	13	184	17	15	7		24	32	43	46	48	43	53	53	57
Stralsund	4		—	4	4	4	4	4	4	4	25	3		—	20	21	21	23	24	25	23	4
Posen	61		61	61	43	42	68	62	50	57	58	21		65	75	71	99	107	115	117	138	133
Bromberg	22		12	12	17	19	24	27	28	26	26	9		22	27	45	56	62	64	65	63	67
Breslau	48		53	60	44	45	52	70	65	71	74	36		103	108	125	127	123	153	147	173	186
Liegnitz	46		46	38	36	43	36	41	47	47	47	5		9	37	50	74	80	92	130	111	129
Oppeln	60		77	78	57	57	58	62	60	74	73	36		159	159	181	189	196	197	228	219	222
Magdeburg	33		34	22	37	37	41	39	31	29	32	4		43	37	56	81	106	99	103	111	108

Merseburg	25	Nähere Angaben fehlen.	23	20	25	30	34	28	29	34	36	12	Nähere Angaben fehlen.	52	63	75	96	100	108	114	108	113
Erfurt	14		11	7	7	10	11	11	11	11	12	5		28	42	53	60	58	58	69	74	72
Schleswig	79		81	83	73	76	80	83	79	79	77	50		108	98	122	136	144	153	161	166	175
Hannover	16		—	—	13	13	10	11	10	15	15	9		—	—	43	48	51	57	39	47	48
Hildesheim	24		24	14	23	25	30	30	28	25	28	22		26	40	53	53	53	53	61	67	66
Lüneburg	12		—	11	11	11	11	11	13	14	11	9		—	22	55	61	60	59	65	65	70
Stade	14		14	14	13	13	13	15	14	17	16	—		24	28	32	33	39	35	40	40	51
Osnabrück	21		12	27	30	32	33	33	35	33	34	7		15	9	22	29	32	33	39	29	36
Aurich	10		24	12	12	12	12	12	14	14	14	4		12	19	15	16	16	16	17	17	18
Münster	48		60	59	58	58	69	74	65	78	81	11		61	72	76	81	85	91	91	95	100
Minden	27		24	25	24	23	23	21	23	25	24	56		70	70	77	80	88	61	74	76	77
Arnsberg	61		165	—	65	73	74	75	80	85	82	44		—	—	112	157	171	172	182	176	153
Cassel	18		19	19	18	20	20	19	20	15	21	6		31	48	48	58	76	75	75	86	85
Wiesbaden	40		31	39	28	32	29	26	32	28	24	15		98	112	167	169	170	174	185	183	193
Coblenz	20		—	13	19	19	14	14	26	23	19	23		—	47	68	68	55	56	81	65	77
Düsseldorf	93		—	113	87	87	93	88	170	77	76	29		—	136	187	208	230	238	345	273	274
Cöln	12		—	15	21	18	29	18	27	20	21	68		—	92	131	142	154	154	170	153	158
Trier	16		33	39	13	24	29	37	33	44	36	48		34	95	76	75	87	77	89	35	91
Aachen	12		11	10	11	12	12	15	14	14	16	3		59	68	101	106	81	93	111	111	97
Sigmaringen	3		2	2	1	3	3	3	3	3	3	1		5	5	5	6	6	6	6	6	6
Zusammen	1090		—	—	1066	1127	1194	1207	1342	1269	1283	638		—	—	2659	2959	3142	3219	3665	3372	3709

erfreuliche Tätigkeit. An vielen Orten nahm man nunmehr eine Regelung des Desinfektionswesens in Aussicht.

In den allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 8 des Gesetzes war empfohlen, daß in Gemeinden und weiteren Kommunalverbänden, die das Desinfektionswesen regelten, im Benehmen mit dem beamteten Arzte Desinfektionsordnungen erlassen würden, die jedoch der Genehmigung des Regierungspräsidenten bedurften. Solche Desinfektionsordnungen wurden denn auch alsbald in einzelnen Regierungsbezirken erlassen, im Jahre 1906 in fünf, im Jahre 1907 bereits in weiteren 13 Regierungsbezirken. Das Vorgehen dabei wird in dem Gesundheitswesen des Preußischen Staates im Jahre 1907 folgendermaßen geschildert:

„Gewöhnlich wird in der Weise vorgegangen, daß die Regierungspräsidenten den nachgeordneten Behörden Grundsätze über die Regelung übermitteln nebst Normalentwürfen für einen Vertrag mit dem amtlichen Desinfektor, für eine Dienstanweisung, ein Geschäftsbuch und eine Gebührenordnung der Desinfektoren. Unter Zugrundelegung dieser Normen bleibt es den Landräten und den Polizeiverwaltungen der selbständigen Städte überlassen, nach Benehmen mit dem beamteten Arzte Einzelheiten entsprechend den örtlichen Verhältnissen zu ändern und danach das Ganze durch Kreisverordnung in Kraft zu setzen."

Auf diese Weise hat sich denn im Laufe der letzten Jahre eine Regelung des Desinfektionswesens in der Mehrzahl der Kreise des Preußischen Staates vollzogen. Viele Schwierigkeiten waren in der Praxis zu überwinden. Ganz besonders spielte die Kostenfrage eine recht erhebliche Rolle. Eine Reihe von Kreisen, Städten und Gemeinden hat sich bereit finden lassen, die Kosten der Desinfektion ganz oder teilweise zu übernehmen. In diesen Kreisen hat man die Erfahrung gemacht, daß das Publikum den Desinfektionen wenig oder gar keinen Widerstand entgegenstellte. Wohl aber war dies der Fall da, wo die Kosten von dem Haushaltungsvorstand zu tragen waren. An manchen Orten hat man sogar die Erfahrung gemacht, daß, besonders bei Scharlach und Diphtherie, aus Scheu vor den Kosten der Desinfektion nicht nur die Anzeige, sondern auch die Hinzuziehung eines Arztes unterlassen worden ist. Da die Desinfektionskosten bei Unbemittelten den Gemeinden zur Last fallen, ist es sogar vorgekommen, daß ein Oberhaupt einer Gemeinde die Desinfektionen hintertrieb, selbst wenn sie von dem Haushaltungsvorstande gewünscht wurden. Den beamteten Aerzten ist es indes stets gelungen, die sich entgegenstellenden Schwierigkeiten durch taktvolles Eingreifen zu überwinden, wie denn dem regen Eifer der beamteten Aerzte überhaupt die glückliche Entwicklung des Desinfektionswesens in Preußen hauptsächlich mit zu verdanken ist.

Es würde vielleicht von Interesse sein, einige spezielle Punkte wie z. B. die Entwicklung einzelner Desinfektionsverfahren, namentlich der Formalinverfahren, der Verfahren bei Tuberkulose, wie sie allmählich, immer wieder betont, Eingang fanden in die Praxis, näher zu erörtern; es würde dies aber zu sehr in Einzelheiten führen.

Nicht unberechtigt ist die Frage: Haben denn nun auch die eifrigen Bestrebungen auf dem Gebiete des Desinfektionswesen den erhofften Erfolg gehabt? Tatsache ist es, daß die Zahl der Desinfektionen stetig zugenommen hat. Diese Feststellung kann man als Beweis dafür ansehen, daß bei allen Beteiligten sich die Ueberzeugung von ihrer Nützlichkeit befestigt hat. Nur in den letzten Jahren ist eine Abnahme der Zahl der Desinfektionen zu verzeichnen. Diese Abnahme findet ihre wohlbegründete Erklärung darin, daß eine große Zahl von übertragbaren Krankheiten sich in einem stetigen Rückgang befindet, und daß in den letzten Jahren das Land von größeren Epidemien verschont geblieben ist.

Wenn der verantwortliche Leiter des Medizinalwesens den augenblicklichen Stand des Desinfektionswesens in Preußen überblickt, so kann er konstatieren,

daß ein zur Ausführung der Bestimmungen der Desinfektionsanweisungen des preußischen Seuchengesetzes sowohl für die Schlußdesinfektionen, wie auch für die laufenden Desinfektionen am Krankenbett vollkommen ausreichendes, sachverständiges, geschultes Personal vorhanden ist,

daß eine selbst für den Fall des Ausbrechens einer größeren Epidemie vollkommen ausreichende Zahl von Desinfektionsanstalten und erprobten Apparaten zur Verfügung steht,

daß die Kreise und Gemeinden von der hohen gesundheitlichen Bedeutung der Desinfektionen durchdrungen sind, und

daß bei der breiten Masse des Volkes ein volles Verständnis für die desinfektorischen Maßnahmen vorhanden ist,

kurz, daß das Desinfektionswesen in Preußen in der Mehrzahl der Kreise in geradezu vorbildlicher Weise entwickelt ist.

Diese Erkenntnis wird ihm eine innere Befriedigung gewähren und ihm als ein schöner Lohn erscheinen für die von ihm geleistete, langjährige, mühevolle organisatorische Arbeit.

Möge es Martin Kirchner vergönnt sein, sich noch lange Jahre in gleicher körperlicher und geistiger Frische wie bisher an dem kräftigen Weitersprießen und an den reichen Früchten der von ihm gelegten Saat zu erfreuen!

Die Königl. Preußischen Medizinaluntersuchungsämter und Hygienischen Institute.

Von Prof. Dr. **Robert Hilgermann**, Kreisarzt und Vorsteher des Königlichen Medizinaluntersuchungsamtes zu Coblenz.

Die großen Entdeckungen Robert Kochs hatten in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts die Wege gewiesen, die Erreger der ansteckenden Krankheiten festzustellen, ihre Lebenseigenschaften und Verbreitungsart zu erforschen und damit auch erfolgreich Prophylaxe und Bekämpfung der Infektionskrankheiten zu treiben.

Unter dem Eindruck dieser großen Forschungsergebnisse und der durch sie erzielten Erfolge bei der Bekämpfung ausgebrochener Epidemien entstanden die beiden die Bekämpfungsmaßnahmen der übertragbaren Krankheiten regelnden Gesetze: „Das Deutsche Reichs- und das Preußische Landesseuchengesetz vom 3. Juni 1900 und 28. August 1905."

Die durch diese Gesetze festgelegte Bekämpfung der Infektionskrankheiten ließ sich aber nur dann auf eine sichere Basis stellen, wenn es der Medizinalverwaltung möglich war, in zweifelhaften Erkrankungsfällen sofort eine einwandfreie Diagnose zu erhalten und die Verbreitungswege der Krankheitserreger nachzuweisen. Nur dann war sie imstande, Infektionskrankheiten im Keime zu ersticken, den Ursachen der Krankheitsentstehung und -Verbreitung nachzuspüren und einer weiteren Uebertragung, dem Ausbruch von Epidemien vorzubeugen. Ist doch die rechtzeitige Erkennung die erste Vorbedingung für eine rationelle Verhütung und Bekämpfung der Seuchen. Unter den hierfür in Betracht kommenden Hilfsmitteln ist sicherlich das wichtigste die bakteriologische Untersuchung. Exakte Diagnosen der meisten Infektionskrankheiten, Unterlagen für wirksame Maßnahmen gegen die Verbreitung der Krankheitserreger lassen sich nur mit den Mitteln der Bakteriologie und Serologie erbringen.

Infolgedessen mußte sich die Medizinalverwaltung die Forschungsergebnisse der Bakteriologie für die frühzeitige Erkennung der übertragbaren Erkrankungen nutzbar machen können. Außer den beamteten Aerzten zur Einleitung der Bekämpfungsmaßnahmen mußte auch den praktischen Aerzten Gelegenheit gegeben sein, die bakteriologische Diagnostik zur Feststellung zweifelhafter Krankheitsfälle jederzeit in vollstem Umfange heranziehen zu können; denn nur durch eine verständnisvolle Mitarbeit der praktischen Aerzte läßt sich eine erfolgreiche Prophylaxe durch rechtzeitige Sicherung der ersten Erkrankungsfälle herbeiführen.

Einmal bekannt mit dem Wesen der Infektionserreger durfte eine weitschauende Seuchenbekämpfung sich nicht allein auf die Verhütung und Bekämpfung der unter das Seuchengesetz fallenden Krankheiten beschränken. Es galt auch, der nicht anzeigepflichtigen Erkrankungen, wie Gonorrhoe, Syphilis, Sepsis, der chronischen Krankheiten, vor allem der Tuberkulose, Herr zu werden.

Das Verdienst, die Fortschritte und Errungenschaften der bakteriologischen Wissenschaft in großzügigster Weise für die rationelle Seuchenbekämpfung nutzbar gemacht zu haben, gebührt Martin Kirchner.

Um eine völlige Leistungsfähigkeit auf diesem Gebiete zu erreichen und allen Anforderungen der Seuchenbekämpfung gerecht zu werden, war es Kirchners Bestreben, das ganze preußische Staatsgebiet mit einem Netz von Instituten zu überziehen, die, mit allen Mitteln ausgestattet, diesen Forderungen

in vollem Umfang genügen konnten. Sein Verdienst ist auf diesem Gebiete um so größer, als er in der Durchführung seines Planes mit den größten Schwierigkeiten, namentlich in bezug auf die Kosten, zu kämpfen hatte. Nur mit allerkleinsten Mitteln konnte ein Anfang gemacht, allmählich der Beweis von der Notwendigkeit der bakteriologischen Diagnose für die Bekämpfung der Infektionskrankheiten und damit auch von der Notwendigkeit entsprechender Institute erbracht werden. Man kann wohl sagen, daß die zur Zeit diesen Zwecken dienenden Medizinaluntersuchungsämter und Hygienischen Institute aus einem Nichts hervorgegangen sind. Wer heute die bereits zum Teil sehr hoch entwickelten Untersuchungsämter und Hygienischen Institute und das riesengroße Feld ihrer Arbeitstätigkeit betrachtet, kann kaum begreifen, welche Mühe ihre Gründung gemacht, und aus welch kleinen Anfängen sie herausgewachsen sind, anderseits aber auch kaum, daß man der so notwendigen Gründung anfangs so ablehnend gegenüberstand. Verstehen wird man aber erst die unermüdliche Arbeit und das großzügige Werk Kirchners um so mehr bewundern, wenn man sich vor Augen hält, daß die ursprünglich ins Leben gerufenen bakteriologischen Laboratorien der Regierung öfters beinahe aus Mangel an Mitteln den Betrieb einstellen mußten. Vielleicht läßt sich die damals ablehnende Haltung weiterer Kreise etwas damit erklären, daß es für Laien so außerordentlich schwierig ist, sich von den für das bloße Auge nicht sichtbaren Krankheitserregern und von der bakteriologischen Tätigkeit überhaupt eine Vorstellung zu verschaffen und die Notwendigkeit besonderer Institute mit zahlreichem Personal für das fast unübersehbare Arbeitsfeld zu begreifen. Hinzu kommt noch eine gewisse Nachlässigkeit, die in der menschlichen Natur begründet ist: Was ist nicht seit den ältesten geschichtlichen Zeiten alles unternommen worden, wenn plötzlich eine verheerende Seuche auftrat. Was geschah, wenn die schlimmste Gefahr vorüber war? Eigentlich nichts oder sehr wenig! Die noch vor kurzem so drohende Gefahr wurde rasch vergessen, obwohl sich Fäden, die manchmal nicht leicht aufzudecken sind, von Epidemie zu Epidemie ziehen. Gerade in einer mehr oder minder seuchenfreien Zeit läßt sich aber am leichtesten Prophylaxe treiben.

Außer dieser aus der Schwäche der menschlichen Natur verständlichen Nachlässigkeit kommt noch ein weiterer psychologischer Faktor in Betracht: Gibt es doch Infektionskrankheiten, die mehr schleichend verlaufen, die nicht in gewaltigen Seuchenzügen auf einmal unzählige Opfer fordern und dann aus der befallenen Gegend ebenso plötzlich wieder verschwinden, wie sie gekommen sind, sondern die vielmehr als endemische Krankheiten regelmäßig die Menschen dezimieren. Diesen Krankheiten gegenüber tritt unter der Bevölkerung leicht Gewohnheit ein; man rechnet mit etwas unabänderlich Gegebenem. Im Interesse der Erhaltung der Volksgesundheit und des Nationalvermögens müssen aber gerade diese Krankheiten bekämpft

werden! Und namentlich diesen Kampf sollten die bakteriologischen Institute erfolgreich führen!

Es ist somit Martin Kirchner nicht leicht geworden, seine Ideen in der Praxis durchzusetzen. Dementsprechend waren auch die ersten Anfänge der bakteriologischen Institute recht bescheidene.

Zunächst wurden von Kirchner an verschiedenen Regierungen kleine Laboratorien mit der Bezeichnung „Bakteriologische Untersuchungsstelle der Kgl. Regierung" ins Leben gerufen. Als man ihren Wert für die Seuchenbekämpfung und die mit Hilfe der bakteriologischen Diagnose erzielten Erfolge zu erkennen und zu schätzen anfing, das Gebiet ihrer Tätigkeit sich immer mehr vergrößerte, wurden 1907 die erforderlichen Mittel zur Umwandlung einer größeren Anzahl Untersuchungsstellen in besondere Institute, die „Königlichen Medizinaluntersuchungsämter", zur Verfügung gestellt. Es waren dies die Aemter in Coblenz, Düsseldorf, Gumbinnen, Hannover, Liegnitz, Magdeburg, Münster, Potsdam, Stade, Stettin. Neben ihnen blieben zunächst noch die Medizinaluntersuchungsstellen zu Breslau, Bromberg, Marienwerder, Osnabrück, Trier, Wiesbaden bestehen.

Richtig erkannte Kirchner weiterhin, daß in kleinen Aemtern mit kleinem Arbeitsgebiet Leistungs- und Schaffensfreudigkeit erlahmen müsse, und für sie geeignete Spezialkräfte dauernd nicht zu gewinnen seien. Vor allem aber auch, daß kleine Aemter den an sie herantretenden großen und mannigfaltigen Aufgaben unmöglich gewachsen sein können. Infolgedessen ging eine weitere größere Zahl Untersuchungsstellen ein, deren Arbeitsgebiet den bestehenden Untersuchungsämtern mitüberwiesen wurde. Zurzeit bestehen in der preußischen Monarchie 11 Medizinaluntersuchungsämter:

Medizinal-untersuchungsamt	Arbeitsgebiet
Breslau	Reg.-Bez. Breslau (außer Stadt Breslau) und Liegnitz.
Coblenz	Reg.-Bez. Coblenz und Wiesbaden (außer Stadkreis Frankfurt a. M.)
Danzig	Reg.-Bez. Danzig und Marienwerder.
Düsseldorf	Reg.-Bez. Düsseldorf (mit Ausnahme der Kreise Duisburg, Essen, Mühlheim, Oberhausen, Ruhrort) und Aachen.
Gumbinnen	Reg.-Bez. Gumbinnen und Allenstein.
Hannover	Reg.-Bez. Hannover, Aurich, 6 Kreise des Reg.-Bez. Lüneburg und die Fürstentümer Schaumburg-Lippe und Pyrmont.
Magdeburg	Reg.-Bez. Magdeburg.
Münster	Reg.-Bez. Münster (außer den Kreisen Buer-Stadt, Recklinghausen Stadt und Land), Minden und Osnabrück.
Potsdam	Reg.-Bez. Potsdam und Frankfurt a. Oder.
Stade	Reg.-Bez. Stade und 9 Kreise des Reg.-Bez. Lüneburg.
Stettin	Reg.-Bez. Stettin und Köslin.

Außer diesen 11 Medizinaluntersuchungsämtern, neben denen noch 2 Untersuchungsstellen — Bromberg und Sigmaringen — bestehen geblieben sind, dienen den vorgenannten Aufgaben noch „3 Kgl. Hygienische Institute zu Beuthen O./S., Posen und Saarbrücken“, die außer der hygienisch-bakteriologischen Abteilung noch nahrungsmittelchemische Abteilungen haben.[1])

Das Hygienische Institut zu Beuthen hat aus kleinsten Anfängen zu seiner jetzigen Bedeutung und Größe sich entwickelt. Große, im oberschlesischen Industriegebiet vorgekommene Seuchenausbrüche bedingten 1900 die Errichtung einer hygienischen Station. Als die Gefahr vorüber, die Seuche erloschen war, wurde auch die bakteriologische Tätigkeit geringer eingeschätzt, so daß kaum die erforderlichen Mittel zur Weiterführung der Station bewilligt wurden. Erst die große Genickstarreepidemie im Jahre 1904/05 mußte wieder die Bedeutung bakteriologischer Anstalten für die Erhaltung der Volksgesundheit und Bekämpfung der Infektionskrankheiten erkennen lassen. Mit dieser Erkenntnis war auch der weitere Ausbau der hygienischen Station zu einem Institut gesichert. An der Grenze Rußlands und Oesterreichs gelegen liegt ihm nunmehr der Schutz Oberschlesiens gegen die bei dem regen Verkehr und dem hygienischen Tiefstand der Nachbarbevölkerung jederzeit mögliche Einschleppung von Seuchen ob.

Das bei der Akademie in Posen gegründete Hygienische Institut, für dessen Errichtung durch den Staatshaushaltsetat für 1899 die Mittel zur Verfügung gestellt wurden, hat den Zweck, den Aerzten und sonstigen beteiligten Kreisen der Provinz Posen zur Förderung und wissenschaftlichen Anregung zu dienen, sowie den staatlichen und kommunalen Behörden Gelegenheit und Unterstützung in der Durchführung gesundheitlicher Maßnahmen und zur Abwehr von Seuchenausbrüchen zu gewähren. In Verbindung mit der Kgl. Akademie entfaltet das Institut eine rege wissenschaftliche Tätigkeit. Kurse und Vorlesungen finden nicht nur für Aerzte, sondern auch für weitere Kreise der Bevölkerung statt.

Gleichen Aufgaben dient das Kgl. Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten zu Saarbrücken für den Regierungsbezirk Trier, dem hauptsächlich die verschärfte Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches obliegt. Aus den kleinen Anfängen der organisierten Typhusbekämpfung herausgewachsen, wurde es 1912 eröffnet. Der Tätigkeit der Untersuchungsstelle, aus der das Institut hervorgegangen, ist eine bereits wesentliche Verminderung der Typhuserkrankungen zu verdanken. Es hat damit die für die organisierte Typhusbekämpfung bewilligten Mittel reichlich bezahlt gemacht und das Vertrauen seiner Gründer gerechtfertigt.

---

[1]) Vergl. auch Finger: Institute für das öffentliche Gesundheitswesen. Soziale Kultur und Volkswohlfahrt; 1913.

Entsprechend den kleinen Anfängen waren auch die den Medizinaluntersuchungsämtern und Hygienischen Instituten zunächst zugewiesenen Räumlichkeiten unzureichende und ihren Zwecken durchaus nicht entsprechende. Die Institute waren teils in Mietswohnungen, teils in Regierungs- und städtischen Gebäuden untergebracht. Bei der Bedeutung, dem Umfange und der spezialistischen Art ihrer Tätigkeit sind auch hierin große Verbesserungen und Fortschritte zu verzeichnen; desgleichen ist die unumgängliche Notwendigkeit eigener Dienstgebäude immer mehr erkannt worden. So stehen jetzt den Medizinaluntersuchungsämtern zu Coblenz und Düsseldorf, sowie den Hygienischen Instituten zu Beuthen, Posen und Saarbrücken eigene Dienstgebäude zur Verfügung, die mit den modernen Anforderungen entsprechenden Einrichtungen versehen sind.

Was die vorgenannten Institute für die Bekämpfung der Seuchen seit ihrer Gründung geleistet haben, und welch riesige Zahl von Untersuchungen durch sie bewältigt worden ist, zeigt die nachstehende tabellarische Uebersicht:

Medizinal-untersuchungs-amt	Zahl der Untersuchungen:						
	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
Breslau	3600	4876	6305	5579	9427	7736	8756
Coblenz	2297	3595	2724	5095	10545	10283	10103
Danzig	—	—	—	2316	10268	11005	19319
Düsseldorf	2012	2615	3486	5627	5100	5451	5618
Gumbinnen	2552	3435	3772	4331	5303	6094	8653
Hannover	3458	6413	6247	6351	8576	8566	8712
Magdeburg	3016	3767	3768	5157	8303	9309	11673
Münster	1553	1705	2843	4769	6573	6399	7423
Potsdam	2127	3728	4611	6060	9334	9458	11645
Stade	—	2663	5378	7710	10575	10575	12778
Stettin	1359	2649	2912	4016	5751	7090	8565

Hygienisches Institut	Zahl der Untersuchungen:							
	1902-1906 einschl.	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
Beuthen	12651	4175	2808	4187	3481	5316	4584	5770
Posen	—	3954	5438	8542	10585	7382	8235	—
Saarbrücken	—	—	—	—	—	—	6602 vom 1. Oktober ab	16089

Vorstehende Zahlen in ihrer stetig steigenden Tendenz zeigen weiterhin, wie durch fortgesetzte Bemühungen, durch allmählich wachsendes Verständnis der einschlägigen Kreise für

die Tätigkeit und den Wert dieser Institute auch das Vertrauen zu ihnen und ihre Inanspruchnahme gewachsen ist. Sie stellen heut einen Faktor in der Seuchenbekämpfung und Erhaltung der Volksgesundheit dar, den niemand mehr missen kann und auch nicht mehr missen mag.

Aber ihre Arbeit war nicht nur eine rein diagnostische, sondern sie hat auch dadurch einen dauernden Wert erhalten, daß die auf Grund des so reichlich zur Verfügung stehenden Materials gesammelten Erfahrungen wissenschaftlich verarbeitet wurden. Damit haben diese Institute zur Erforschung der Infektionskrankheiten wesentlich beigetragen und eine Aufgabe erfüllt, die mit dem praktischen Dienst der Seuchenbekämpfung untrennbar verbunden und eine unerläßliche Bedingung der der Seuchenbekämpfung dienenden Institute ist.

Der wissenschaftlichen Arbeit widmet sich im besonderen das „Kgl. Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch"-Berlin". Im Jahre 1891 gegründet, sollte es Robert Koch eine Arbeitsstätte gewähren, an der er sich ganz der Erforschung der Infektionskrankheiten widmen konnte. Infolgedessen beschäftigt sich das Institut in erster Linie mit der wissenschaftlichen Erforschung der Infektionskrankheiten, sowohl der einheimischen, wie der ausländischen, einschließlich der Tropenkrankheiten. Besondere Einrichtungen sind zur Erforschung der Tuberkulose, der Pockenkrankheit, der Brustseuche der Pferde und der filtrierbaren Virusarten getroffen; auch Fragen der allgemeinen Hygiene, z. B. Desinfektionsfragen, Wasserversorgung usw. werden bearbeitet. Außerdem erfüllt es praktische Aufgaben, von denen die Serum-Herstellung, die Wutschutzabteilung und die bakteriologischen Untersuchungen für einen Teil von Berlin, die Gemeinden Berlin-Lichtenberg und Stralau hervorzuheben sind.

Soweit die vorgenannten staatlichen Institute zur Seuchenbekämpfung nicht ausreichten, haben sich die Hygienischen Universitäts-Institute, die großen Kommunen und Privatunternehmungen in dankenswerter Weise durch Angliederung oder Gründung besonderer Institute daran beteiligt. Von ersteren seien die Hygienischen Institute Berlin, Bonn, Breslau, Göttingen, Greifswald, Halle, Kiel, Königsberg, Marburg, die Städtischen Institute zu Altona, Barmen, Berlin, Charlottenburg, Cöln, Danzig, Dortmund, Düsseldorf, Frankfurt a. M., von letzteren das von dem Verein zur Bekämpfung der Volksseuchen im Ruhrkohlenrevier errichtete Institut zu Gelsenkirchen erwähnt.

Eng verknüpft mit der Bekämpfung der Infektionskrankheiten ist weiterhin die Tätigkeit der Institute auf dem Gebiete der Ueberwachung und Beurteilung hygienischer Einrichtungen von Städten und Gemeinden. Hierhin gehören in erster Linie die Trinkwasserversorgung, die Abwasserbeseitigung und das Desinfektionswesen.

Um die Errichtung einwandfreier Wasserversorgungen ständig zu fördern, sind neuerdings an den Medizinalunter-

suchungsämtern und Hygienischen Instituten Lehrgänge für Brunnenbauer eingerichtet, um diese über die im gesundheitlichen Interesse bei der Anlage von Brunnen zu beachtenden Gesichtspunkte zu unterrichten. Die Erfahrung hatte nämlich gelehrt, daß die unhygienische Beschaffenheit von Brunnen ihre Ursache vielfach in den unzureichenden Kenntnissen der Brunnenbauer bezüglich der an einen Brunnen vom Standpunkt der Gesundheitspflege zu stellenden Anforderungen hat.

Auf Grund der in den Kursen gemachten Beobachtungen, der zahlreichen Anmeldungen und Anfragen darf man sagen, daß die Abhaltung von Brunnenbauer-Kursen tatsächlich einem großen praktischen Bedürfnis entsprochen und das regste Interesse in den beteiligten Kreisen gefunden hat.

Den mit den Medizinaluntersuchungsämtern und Hygienischen Instituten verbundenen Desinfektorenschulen, die noch in einer besonderen Abhandlung ausführlich besprochen sind, liegt sowohl die Ausbildung der staatlichen Desinfektoren, als auch der Krankenschwestern und Krankenbrüder ob. Für erstere ist ein 9tägiger Ausbildungskursus, für letztere ein 3tägiger mit anschließender Prüfung vorgesehen. Die Desinfektoren werden hauptsächlich in der Schlußdesinfektion, die Kranken- und Gemeindeschwestern, sowie die Krankenbrüder in der fortlaufenden Desinfektion am Krankenbett, der für die Seuchenbekämpfung so unendlich wichtigen Tätigkeit, ausgebildet.

In der Desinfektorenschule werden die Schüler auch in der Entnahme und Einsendung von Untersuchungsmaterial behufs Unterstützung der Aerzte unterwiesen.

Soweit die Arbeiten der Institute im staatlichen Interesse vorgenommen werden, erfolgen sie gebührenfrei. Für sämtliche Untersuchungen hingegen, für die die Gemeinden als Träger der örtlichen Polizeilast kostenpflichtig sind, werden Gebühren nach einem besonders aufgestellten Tarif für die Staatskasse erhoben. Um den Gemeinden diese Kostenlast zu erleichtern, werden bei Anschluß der Kreise durch eine Pauschalsumme auch diese Untersuchungen nicht besonders berechnet. Die Pauschalsumme ist sehr niedrig bemessen und beträgt 6 Mark für jedes angefangene Tausend der Bevölkerung. Bei der stetig fortschreitenden Erkenntnis von dem Wert derartiger Untersuchungen haben fast alle Kreise bereits von dieser Vergünstigung Gebrauch gemacht.

Sämtliche für die Entnahme von Untersuchungsmaterial erforderlichen Versandgefäße sind in allen Apotheken der preußischen Monarchie kostenlos vorrätig und mit Portoablösungsstempel versehen. Ihre Einrichtung bietet alle Garantien gegen Verschmutzung seitens des in ihnen enthaltenen infektiösen Materials und somit gegen Infektionsgefahr auf dem Transport.

Diese dank der tatkräftigen Initiative Kirchners ins Leben gerufenen Institute haben über die Grenzen der preußischen Monarchie hinaus Anerkennung und Nachahmung gefunden. In derselben Weise haben späterhin die anderen deutschen Bundes-

staaten gleiche Gründungen veranlaßt, so in jünster Zeit die bayerische Monarchie. 3 bakteriologischen Untersuchungsanstalten in Erlangen, München und Würzburg liegt die Aufgabe der Seuchenfeststellung und -Bekämpfung ob. Allerdings konnte Bayern sich die bereits gesammelten Erfahrungen Preußens zunutze machen und von Anfang an Gehaltsverhältnisse, Zahl des Personals, Unterbringung in geeigneten Räumlichkeiten besser und entsprechender regeln. Es läßt sich im einzelnen nicht feststellen, inwieweit Kirchnersche Ideen auch im Auslande verwertet worden sind. Jedenfalls bieten manche der gleichen Zwecken dienenden bakteriologischen Untersuchungsanstalten, ich verweise z. B. nur auf eine der neuesten Veröffentlichungen von Fox in den „Public Health Reports, 1914, Bd. 29, Nr. 5", ein recht getreues Abbild preußischer Einrichtungen.

Die Medizinaluntersuchungsämter und Hygienischen Institute werden noch viel segensreicher für die Bekämpfung der Infektionskrankheiten und Erhaltung der Volksgesundheit wirksam sein können, sobald nicht nur die für die Diagnose der Infektionskrankheiten, sondern auch die für ihre Heilung spezifischen Methoden von ihnen praktisch ausgeübt werden und damit der Bevölkerung unmittelbar zugute kommen, wie es bereits Löffler[1]) für die Tuberkulosebehandlung z. B. in Form der Errichtung von Tuberkulin-Dispensarien angeregt hat, die zweckmäßig diesen Instituten anzugliedern wären.

Ihre Inanspruchnahme seitens der Aerzteschaft zur Einleitung einer möglichst frühzeitigen Prophylaxe wird eine stetig größere werden, wenn die jüngeren Aerzte bereits auf den Universitäten und in Kursen an vorgenannten Instituten mit den für die Diagnose der Infektionskrankheiten in Betracht kommenden Methoden vertraut gemacht sein werden. Auch im Volke wird sich dann die Erkenntnis Bahn brechen, daß eine der vornehmsten Aufgaben des modernen Arztes nicht nur die Heilung, sondern vor allem die Verhütung von Erkrankungen ist, und damit der Widerstand gegen manche sanitätspolizeilichen Maßnahmen schwinden.

Schularzt und Schulzahnarzt auf dem Lande.

Von Kreisarzt Dr. **Karl Dohrn** in Hannover.

„Unser heranwachsendes Geschlecht wird kräftiger, leistungsfähiger und glücklicher sein als unsere Generation, die in ihrer Jugend eine systematische Zahnpflege nicht kennen gelernt hat". Dieses Wort, das unser hochverehrter Jubilar, Herr Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner, dem soeben erschienenen Werke

[1]) Löffler: „Robert Koch zum Gedächtnis". Deutsche med. Wochenschrift; 1913, Nr. 50, S. 2442.

„Die Schulzahnklinik“[1]) zum Geleite mitgegeben hat, soll der Leitstern für unsere gesamte schulärztliche und schulzahnärztliche Tätigkeit sein.

Kein Stand ist mehr dazu berufen, an der Anstellung von Schulärzten und Schulzahnärzten mitzuarbeiten, als gerade wir Medizinalbeamten. Und doch geht es auf dem Lande oft nur langsam vorwärts! Wie mich häufige Anfragen lehren, wird der Wert der Einrichtungen vielfach noch nicht genügend gewürdigt; manche Kollegen überschätzen auch die Schwierigkeiten oder nehmen sich zuviel vor, so daß der praktische Nutzen in dem Wuste weniger notwendiger Maßnahmen erstickt wird, oder die Einführung eines schulärztlichen Dienstes von vornherein als unmöglich bezeichnet werden muß.

Der Anregung des verehrten Herausgebers folgend sei es mir deshalb gestattet, die praktischen Gesichtspunkte, die ich als Schularzt auf dem Lande in achtjähriger Tätigkeit, zum Teil im Zusammenarbeiten mit dem Schulzahnarzt, gesammelt habe, hier kurz zu erörtern. Vielleicht tragen sie dazu bei, die Arbeit, die Herrn Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner so sehr am Herzen liegt, zu fördern und auszubauen und damit die Hoffnung auf ein kräftigeres und glücklicheres Geschlecht schneller zu verwirklichen.

Die Einrichtung des schulärztlichen Dienstes hat für uns Medizinalbeamte insofern eine ganz besondere Bedeutung, als sie uns ein Tätigkeitsfeld eröffnet, das unerschöpflich an Anregungen für unsere amtliche Tätigkeit zum Besten des Kreises ist. Mag der Kreisarzt ganz oder teilweise der Schularzt seines Kreises sein, Jahr für Jahr zieht ein reiches, buntscheckiges Menschenmaterial vor ihm vorüber, an dem er seine ärztlichen und sozialen Kenntnisse sammeln und vertiefen kann. Die große Gefahr, die für uns in der fortschreitenden Loslösung von der praktischen ärztlichen Tätigkeit liegt, wird reichlich dadurch kompensiert, daß wir als Schulärzte in inniger Berührung mit dem Leben und fern von aller grauen Theorie bleiben. Wir gewinnen damit ein Feld, auf dem wir nicht als Konkurrenten der praktischen Aerzte erscheinen, sondern durch Ueberweisung der behandlungsbedürftigen Kinder Hand in Hand als Kollegen zusammenarbeiten. Uebernimmt der Kreisarzt schulärztliche Tätigkeit, so wird er vielfach um so leichter auf den Rest seiner Praxis verzichten können. Das Verhältnis zwischen Kreisarzt und praktischem Arzt, das nach den Worten unseres Jubilars so zart ist wie das Verhältnis zwischen Mann und Frau, wird durch eine srenge Arbeitsteilung einen erheblichen Teil seiner Reibungsflächen verlieren.

Die Erfahrungen bei den schulärztlichen Untersuchungen führen den Kreisarzt mit zwingender Notwendigkeit der Domäne seiner Tätigkeit, der Wohlfahrtspflege, zu. Die Verwüstungen, die die Rhachitis an unserem Nachwuchs anrichtet, treten ihm

[1]) „Die Schulzahnklinik“. Verlag von Richard Schoetz. Berlin; 1914.

in der großen Zahl der engbrüstigen, O- und X-beinigen, wasserköpfigen und sonst defekten Kinder entgegen. Sie zwingen ihn dazu, sich der Säuglingspflege und der Ernährungsfrage mit kräftiger Initiative anzunehmen. Eine Nachfrage, wer von den Kindern im Freien oder gar zu Hause gebadet hat, wird ihn darüber belehren, wie mangelhaft es mit der Reinlichkeit auf dem Lande noch vielfach bestellt ist, und auf die Einrichtung von Schulbädern sinnen lassen. Dem Mangel hygienischer Kenntnisse wird er durch Vorträge in Wanderhaushaltungsschulen und auf Elternabenden abzuhelfen suchen. Wie dankbar sind gerade diese Elternabende! Die bis auf den letzten Platz vollgepfropften Säle zeigen, wie stark und ungestillt das Verlangen der Landbevölkerung nach Unterhaltung und geistiger Anregung ist, vorausgesetzt, daß sie nicht in der trockenen Form eines dozierenden Vortrages, sondern im lieblichen Rahmen ländlicher Kunst geboten wird. Wenn wir unser heranwachsendes Geschlecht kräftiger und leistungsfähiger machen wollen, so sollen wir es in inniger Berührung mit der Mutter Erde erhalten und der Landflucht entgegenarbeiten. Dazu gehört, daß auch den geistigen Bedürfnissen des Landbewohners Rechnung getragen wird, und der Kreisarzt nicht nur ein Arzt des Leibes, sondern auch der Seele unseres Volkes ist.

So leiten die Erfahrungen bei den schulärztlichen Untersuchungen den Kreisarzt auf manches Feld der Wohlfahrtspflege hin. Auch über die Verbreitung ansteckender Krankheiten, insbesondere der Tuberkulose, werden ihm die Beobachtungen an dem großen Menschenmaterial die Augen öffnen. Mancher Kollege, mit dem ich als Schriftführer des Hannoverschen Provinzialvereins zur Bekämpfung der Tuberkulose in Verbindung getreten bin, hat mir es bestätigt, daß die Schulkinderuntersuchnngen zur Ermittlung und Bekämpfung der Tuberkulose auf dem Lande das wirksamste Mittel sind. Sie werden um so mehr Segen stiften, wenn sie erst auch auf die Fortbildungsschulen, wie es der neue Ministerialerlaß vom 9. Februar 1914 will, ausgedehnt werden. Dem am meisten gefährdeten, auf allen Gebieten sozialer Fürsorge aber am schwersten zugänglichen Zeitraum zwischen Schulentlassung und Militärpflicht wird hierdurch die dringend nötige Pflege zuteil.

Großen Schwierigkeiten bei der Einführung schulärztlicher Untersuchungen begegnet oft die Frage der Organisation und der Beschaffung der Geldmittel. Der nicht Praxis treibende Schularzt ist das Ideal. Er kommt nicht in Kollision mit den Kollegen und kann rücksichtslos auf die Beseitigung gefundener Krankheitszustände hinwirken, ohne sich dem Vorwurf auszusetzen, in die eigene Tasche zu arbeiten. Nur wenige ländliche Kreise werden allerdings in der glücklichen Lage sein, sich einen Schularzt im Hauptamt anstellen zu können. Man greift auf den Kreisarzt und auf die praktischen Aerzte zurück, denen entsprechende Bezirke zugewiesen werden.

Die Regelung der Kostenfrage wird je nach Lage des

Einzelfalles völlig verschieden sein; man wird ungefähr 30—50 Pfg. pro untersuchtes Kind rechnen müssen.

Bei der Durchführung der Untersuchungen soll der wirkliche Zweck, das heranwachsende Geschlecht kräftiger und leistungsfähiger zu machen, dem Untersuchenden dauernd vor Augen stehen. Das kranke und das gefährdete Kind ist der Gegenstand unserer Fürsorge! Außerdem sollen die zur Entlassung kommenden Kinder mit Rücksicht auf ihre Berufswahl genau untersucht werden. An dem gesunden Kinde sollen wir aber sonst nicht unsere Kraft vergeuden. Die monotone Arbeit systematischer Untersuchungen an normalen Kindern ist eine Quelle öder Langweile und ertötet die Frische und Berufsfreudigkeit, die wir für die Aufgabe, kranken Kindern zur Genesung zu verhelfen, unbedingt brauchen. Für keine Tätigkeit ist eine gewisse Begeisterung und Berufsfreudigkeit, das „in labore gaudere", dringender nötig als in der schulärztlichen. In der Abgrenzung des Nutzbringenden und Notwendigen von dem Entbehrlichen liegt eine große Schwierigkeit, eine Schwierigkeit, die oft genug zum Scheitern der ganzen Einrichtung geführt hat und führen wird. Beschränkt man sich auf das Notwendige, so wird auch die Kostenfrage um so leichter ihre Lösung finden.

Der Schularzt ist der Pionier für den Schulzahnarzt. Die Klagen über stiefmütterliche Behandlung der Mund- und Zahnpflege werden verstummen, wenn erst die überall angestellten Schulärzte den Boden durch Aufklärung über die Notwendigkeit systematischer Zahnpflege und Zahnbehandlung vorbereitet haben. Der Schularzt selbst wird bald erkennen, daß ohne das Hand in Hand Arbeiten mit dem Schulzahnarzt seine Arbeit immer nur Stückwerk bleibt. Ein steter Tropfen höhlt den Stein! Unermüdlich betriebene Aufklärung bringt auch dem konservativsten Landbewohner das Verständnis für den Wert eines gesunden Gebisses bei. Während mich in den ersten Jahren die Kinder auslachten, wenn ich fragte, wer von ihnen sich die Zähne bürstet, wird der Besitz einer Zahnbürste jetzt für etwas ganz Selbtverständliches gehalten und nur wenige Finger bleiben bei der Stellung der Frage unerhoben. An dem weitgehenden Verständnis, das insbesondere die Lehrerschaft der Zahnpflege jetzt entgegenbringt, hat die aufklärende Arbeit des Zentralkomitees für Zahnpflege in den Schulen, das sich der werktätigen Mitarbeit Kirchners erfreut, besonderen Anteil. Das soeben erschienene Werk „Die Schulzahnklinik" läßt erkennen, welch rege Tätigkeit auf dem Gebiete der Schulzahnpflege entfacht ist, und welche Wege zur Einrichtung und Förderung der Schulzahnpflege in Stadt und Land zu beschreiten sind. Zwar werden Mittel und Wege überall verschieden sein, besonders auf dem Lande! Auch wir haben im Kreise Neustadt, wo seit 3 Jahren ein Kreisschulzahnarzt tätig ist, manches in der Schulzahnpflege ändern und Erfahrungen sammeln müssen. Die zahnärztlichen Stationen haben wir z. B. eingehen lassen, da sie nur anfangs von der nahewohnenden Bevölkerung gut

besucht, aber für die Fernerwohnenden zumal im Winter doch zu schwer erreichbar waren. Man mußte, wie auch in der Tuberkulosefürsorge, nicht den Kranken zum Arzt, sondern den Arzt zum Kranken kommen lassen. So hat auch die Zahl der behandelten, zahnkranken Kinder eine enorme Steigerung erfahren, seitdem der Zahnarzt im Auto den Kreis bereist, vormittags untersucht und gleich am Nachmittag die Behandlung der Kinder vornimmt.

Wenn man den praktischen Erfolg als schönsten Dank für Mühe und Arbeit ansieht, so ist der Schularzt und Schulzahnarzt ein reicher Mann. Welche Freude sind für ihn solche Kinder, die er wegen mangelhaften Gesundheitszustandes ärztlicher Behandlung oder Badekuren zugeführt hat und dann bei der nächstjährigen Untersuchung als frische, teilnehmende Schüler wieder findet. Er erntet den Dank, der nicht allein ihm, sondern auch vor allem denjenigen Stellen gebührt, von denen aus seine Bestrebungen gefördert und mit Verständnis begleitet werden. Ein solcher Dank gebührt daher vor allem unserem hochverehrten Jubilar, Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner, dessen Namen mit der Förderung der gesundheitlichen Jugendpflege unzertrennbar verbunden sein wird. Er gebührt in meinem engeren Tätigkeitskreise dem Landrat Herrn v. Woyna, dessen 25jähriges Dienstjubiläum zu gleicher Zeit gefeiert wird.

Wenn ich gelegentlich beim Verlassen der Schulen mein Rad von dankbaren Schulkindern mit Blumen geschmückt vorfinde, so mögen daraus auch den Jubilaren Blumen auf ihren Lebensweg gestreut sein!

Die Ein- und Durchführung der Feuerbestattung in Preußen.

Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Straßmann**, Gerichtsarzt und Direktor des Instituts für Staatsarzneikunde in Berlin.

„Nur mit winziger Mehrheit hat der preußische Landtag das Feuerbestattungsgesetz angenommen; bis zum letzten Augenblick war das Schicksal des Gesetzentwurfes zweifelhaft. Die energische Opposition, die er fand, stützte sich zu einem wesentlichen Teile auf kriminalistische Bedenken und konnte sich darauf berufen, daß einer der Führer in diesem Fach, daß Hans Groß noch jetzt die Einführung der Feuerbestattung als unzulässig bezeichnet. In gleichem Sinne wie er hat sich kürzlich ein jüngerer Kriminalist, Hellwig,[1]) ausgesprochen, und auch auf der Versammlung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin zu Karlsruhe im September v. J. hat der Breslauer Gerichtschemiker Lührig auf Grund seiner praktischen Erfahrungen sich als grundsätzlichen Gegner der Leichenverbrennung bekannt.

Wenn es gelungen ist, den weitverbreiteten Wunsch zu erfüllen und der Feuerbestattung auch in Preußen gesetzliche

[1]) Archiv für Kriminalanthropologie 1911 (mit vollständiger Literatur).

Zulassung zu erwirken, so verdankt man dies in der Hauptsache jedenfalls dem unermüdlichen Eintreten des Ministers selbst und seines Dezernenten, unseres jetzigen Ministerialdirektors Prof. Dr. Kirchner, in den Kommissionen und im Plenum beider Häuser des Landtags. Ihr Versprechen, die Ausführungsbestimmungen für das Gesetz, die Anordnungen für die Leichenschau in Fällen geplanter Feuerbestattung so zu treffen, daß jedes kriminalistische Bedenken beseitigt, daß die Sicherheit der Rechtspflege durch die Zulassung der neuen Bestattungsart nichts verlieren, vielmehr noch gewinnen würde, hat offenbar diejenigen früheren Gegner gewonnen, deren Stimmen für die Annahme des Gesetzes erforderlich waren.

Diese Vorgeschichte muß der kennen und würdigen, der über die jetzt erlassenen Ausführungsbestimmungen ein gerechtes Urteil abgeben will, sie erklärt ihre anscheinende Strenge, an der die Freunde der Feuerbestattung vielfach Anstoß genommen haben."

So schrieb ich vor $2^1/_2$ Jahren[1]) unter dem frischen Eindruck der vor kurzem beendeten parlamentarischen Verhandlungen. Wenn ich jetzt den Bericht über diese Verhandlungen wieder lese, den im Jahrgang 1911 unserer Zeitschrift (Seite 416 ff.) ihr Herausgeber erstattet hat, so finde ich mein damaliges Urteil vollauf bestätigt. Jeder Leser wird mit mir den Eindruck gewinnen, daß neben dem Eintreten des Herrn Ministers des Innern selbst — sowie des Herrn Justizministers — es im wesentlichen das Verdienst unseres jetzigen Ministerialdirektors ist, dem wir die Annahme des Feuerbestattungsgesetzes in Preußen zu verdanken haben. Daß auch die Ausführungsbestimmungen in der Hauptsache sein Werk sind, kann wohl als sicher angenommen werden.

Es werden demnächst 2 Jahre vergangen sein, daß mit der Vollendung der ersten Krematorien in Preußen das Gesetz praktisch voll in Kraft getreten ist, eine Zeitfrist, die immerhin ein Urteil gestattet, ob und wie weit das Gesetz und seine Ausführungsbestimmungen sich bewährt, oder ob die Befürchtungen, die seiner Zeit dagegen geltend gemacht worden sind, irgendwie Bestätigung gefunden haben?

Von zwei Seiten her, von den prinzipiellen Anhängern und von den prinzipiellen Gegnern der Feuerbestattung sind Gesetz und Ausführungsbestimmungen angefeindet worden. Jene fanden die Bestimmungen zu streng und befürchten von ihrer Anwendung eine solche Belästigung der Hinterbliebenen, daß die Feuerbestattung trotz des Gesetzes in Wirklichkeit keinen Eingang finden würde.

Ich darf demgegenüber vielleicht einige Zahlen bringen. Die erste Leichenschau zum Zwecke der Feuerbestattung habe ich ein Vierteljahr vor Vollendung des hiesigen Krematoriums

[1]) Deutsche medizinische Wochenschrift; 1912, Nr. 1.

(25. November 1912) am 27. August 1912 ausgeführt. In dem etwas mehr als 4 Monate umfassenden Rest des Jahres 1912 bin ich in dem Viertel der Stadt Berlin, das mir für diesen Zweck überwiesen worden ist, 15 mal in Anspruch genommen worden, im Jahre 1913 bereits 89 mal und in den 5 Monaten des Jahres 1914, die bei der Niederschrift dieser Zeilen vollendet sind, 51 mal.[1]) Allerdings hat es sich hier nicht stets um wirkliche Feuerbestattung gehandelt. Gemäß der Bestimmung, wonach jede außerhalb Preußens verbrachte Leiche mit Rücksicht auf die mögliche Einäscherung in gleicher Weise gerichtsärztlich besichtigt werden muß, wie es bei wirklich stattfindender Leichenverbrennung geschieht, habe ich verschiedenfach Leichen zu untersuchen gehabt, die sicher nicht verbrannt werden sollten, die vielmehr zum Zweck der Beerdigung nach Ländern transportiert wurden (Rußland, Ungarn, Bayern, Mecklenburg), die überhaupt noch keine Krematorien besitzen oder besaßen. Ich kann nicht beurteilen, ob ohne größere Verwaltungsschwierigkeiten die jetzt geltenden Bestimmungen so geändert werden können, daß in solchen Fällen, die — dem Sinne des Gesetzes nach offenbar nicht notwendige — gerichtsärztliche Leichenschau fortfallen würde. Jedenfalls ist die Zahl der betreffenden Fälle nicht groß, sie mag höchstens $^1/_{10}$ der gesamten Besichtigungen betragen und wird in der ganzen fraglichen Zeit in der Hauptsache den gleichen Prozentsatz ausgemacht haben. Die Berücksichtigung dieses Umstandes ändert somit nichts an dem Gesamtergebnis meiner Zusammenstellung, an der Tatsache, daß unter der Herrschaft des preußischen Gesetzes die Zahl von Feuerbestattungen dauernd gewachsen ist und bereits eine beträchtliche Höhe erreicht hat. Diese Zunahme erstreckt sich meinem Eindruck nach in ziemlich gleichmäßiger Weise auf auf alle Bevölkerungskreise; wiederholt habe ich Leichen aus den ärmeren Volksschichten zum Zwecke der Einäscherung untersuchen müssen; es ist also möglich gewesen, die Kostenfrage so zu regeln, daß auch sie ein Hindernis für die Feuerbestattung nicht bietet.

Daß die Einführung der gerichtsärztlichen Leichenschau auch in der vorgeschriebenen Form eine ins Gewicht fallende Erschwerung nicht darstellt, wird mir von allen Stellen, für die ich bisher tätig gewesen bin, auf Befragen bestätigt. So kompliziert die Anordnungen für die Leichenschau erscheinen mögen, so glatt erledigt sich in der Praxis die Untersuchung, nachdem erst einmal eine gewisse Uebung bei den Beteiligten eingetreten ist. Ganz überwiegend haben wir es hier in der Weltstadt mit bestimmten großen Beerdigungsinstituten zu tun; die telephonische Verabredung über die Zeit unseres Besuches macht keine Schwierigkeit; bei diesem finden wir bereits die Angestellten des Instituts mit der ärztlichen

---

[1]) Die Zahl der im hiesigen Krematorium eingeäscherten Leichen beträgt in den jetzt $1^1/_2$ Jahren seit seiner Vollendung annähernd 1500.

Bescheinigung vor, der betreffende Diener entblößt die Leiche und ermöglicht uns ihre vollständige Besichtigung in kurzer Zeit. In der Mehrzahl der Fälle, d. h. wenn die Einäscherung in Berlin selbst erfolgt, schließt sich alsbald die Einsargung an und, nachdem die — während der Schau zumeist abwesenden — Angehörigen einen letzten Abschied von der Leiche genommen haben, der Verschluß und die Plombierung des Sarges. Die Beaufsichtigung der Einsargung und Plombierung, die hier in Berlin, wo amtlich bestellte Leichenbeschauer nicht vorhanden sind, den Gerichtsärzten zufällt, erschien uns im Anfang als eine lästige und unserer Stellung nicht ganz würdige Aufgabe. In der Praxis hat sich auch diese Tätigkeit als eine verhältnismäßig einfache herausgestellt, die mit erheblichem Zeitverlust für uns nicht verbunden ist. Die meisten größeren Institute, mit denen wir arbeiten, haben sich übrigens selbst Plomben und Zange angeschafft, so daß uns gewöhnlich schon bei der telephonischen Bestellung mitgeteilt wird, daß wir diese nicht mitzuführen brauchen. Der Einwand, daß unsere Tätigkeit bei diesem Akte eine rein formularmäßige ist, die ebensogut von jedem Polizeibeamten ausgeführt werden kann, bleibt freilich bestehen.

Das Formular, das wir uns ebenso wie ein Formular für die Leichenschau entsprechend der Anlage 1 (bezw. 2) der Ausführungsanweisungen haben herstellen lassen, paßt fast auf alle Fälle genau. Nur einige Male habe ich es etwas abändern müssen, wenn die Einsargung nach orthodox-jüdischem Ritus geschah. Statt des Kopfkissens wird hier ein Sandsack angewendet, eine Unterlage von Holzwolle unter der Leiche ist nicht vorhanden, ebenso fehlen Laken und Decke; die Leiche wird statt dessen über Hemde, Unterhose und Strümpfen in leinene Tücher und darüber in den Gebetmantel eingeschlagen. Die Bescheinigung läßt sich leicht entsprechend dieser Anordnung ändern. Das die Schau betreffende Formular ist verhältnismäßig einfach und hat die folgende Form:

Tagebuch-Nummer.

Stempelfreies Vorattest.

Heute habe ich in . . . .
. . . . **gemäß dem Gesetz vom 11. September 1911**
die Leiche de . . . .
besichtigt.

Die Leiche wurde von . . . .
rekognosziert.

Nach dem Bericht des behandelnden Arztes Dr. . . . .
. . . . . . **hat d . . Verstorbene** . . . .

Die Schau ergibt eine . . . cm lange Leiche, ...
. . . . . Als Zeichen des Todes sind . . . .

Im Uebrigen ergibt die Schau . . . .

Zeichen äußerer Einwirkung . . . .

Angesichts des Ergebnisses der Ermittelungen und der Leichenschau komme ich zu dem Schluß, daß der Verdacht, der Tod sei durch eine strafbare Handlung herbeigeführt worden, sich nicht ergeben hat.

Mit der vorgeschriebenen amtseidlichen Versicherung.

Berlin, den . . . . 19 . .

Erfahrungen darüber, ob etwa außerhalb Berlins, wo nicht stets, wie bei uns, im Falle der Verhinderung des zuständigen Gerichtsarztes ein anderer zur Verfügung steht, ob speziell in ausgedehnteren Landkreisen es immer gleich leicht gelingt, die gerichtsärztliche Leichenschau zu bewirken, habe ich persönlich nicht. Nach den Mitteilungen der Kollegen, die in den benachbarten Landkreisen wirken, vollzieht sich aber auch hier der ganze Vorgang in durchaus zufriedenstellender Weise.

Eine Sektion der Leiche habe ich bisher nur ein einziges Mal für nötig gefunden und ausgeführt. Es handelte sich um einen 45jährigen Rechtsanwalt, der vor dem Fahrkartenschalter eines unserer Bahnhöfe plötzlich tot umsank, ohne bis dahin nach Angabe der Angehörigen je krank gewesen zu sein. Eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache lag unter diesen Umständen nicht vor. Die Sektion ergab übrigens eine vorgeschrittene Sklerose der Kranzschlagadern.

Allerdings ist damit die Zahl der von mir untersuchten Fälle, in denen tatsächlich eine Sektion stattfand, nicht erschöpft. Nicht wenige betrafen Personen, die in Krankenhäusern gestorben und dort seziert waren, und in denen mir das Sektionsergebnis teils im Bericht, mitunter auch im Präparat vorgelegt wurde, so daß die Frage einer etwaigen Sektion überhaupt nicht mehr aufzuwerfen war. Unter solchen Umständen wäre die Schau vielleicht überhaupt entbehrlich.

In einzelnen Fällen habe ich geschwankt, ob ich nicht doch eine Sektion ausführen sollte, dann nämlich, wenn sich äußere Verletzungen an der Leiche fanden; die genauere Nachforschung bei Angehörigen, Wohnungsgenossen, den behandelnden Aerzten brachte mir jedoch immer die sichere Ueberzeugung, daß es sich um agonale Verletzungen handelte, die beim Niederstürzen infolge Schlaganfalls usw. entstanden waren, so daß ich schließlich von einer Sektion Abstand nahm, die meines Erachtens nur ausgeführt werden soll, wenn sie unbedingt notwendig ist.

Ich komme damit auf den zweiten Punkt, auf die Bemängelung des Gesetzes durch grundsätzliche Gegner der Feuerbestattung. Sie stützen sich ja, wie schon eingangs gesagt, ganz wesentlich darauf, daß die Leichenschau keinen ausreichenden Schutz gegen die Verdeckung von Verbrechen durch Vernichtung der Leiche gewährt. Das Verlangen der obligatorischen Leichenöffnung ist dementsprechend schon bei der Beratung des Gesetzes geäußert worden und ist bis in die neueste Zeit von so erfahrenen und urteilsfähigen Fachgenossen, wie Max Richter und E. Ziemke, wiederholt worden. Auch sie erklären die Leichenschau für ungenügend.

Es ist gewiß richtig, daß im allgemeinen die Leichen-

schau über die Todesursache keine genügende Auskunft gibt, und daß wir in unserer gerichtsärztlichen Praxis an ihrem Schlusse in der Regel erklären müssen, daß zur Aufklärung des Falles die Leichenöffnung erforderlich ist. Diese Erfahrung aber auf unsere Tätigkeit in Verfolg des Feuerbestattungsgesetzes auszudehnen, ist doch nicht berechtigt. Hier liegen die Verhältnisse ganz anders, wie dann, wenn Staatsanwaltschaft und Gericht eine Leichenschau anordnen. Das geschieht doch nur, wenn ein gewisser Verdacht auf eine strafbare Handlung vorliegt; in solchen Fällen sollte allerdings statt der Leichenschau möglichst immer die Leichenöffnung erfolgen. Die Leichen dagegen, die wir zum Zwecke der Feuerbestattung untersuchen, sind eben nicht polizeilich beschlagnahmt wegen eines solchen Verdachts; wir müssen vielmehr bei ihrer Untersuchung von der Tatsache ausgehen, daß irgendein Anhalt für fremde Schuld nicht vorliegt. Dadurch muß sich die ganze Betrachtungsweise ändern. Und unter dieser Voraussetzung wird man allerdings in der großen Mehrzahl der Fälle die Leichenschau, wenn sie keine Verdachtsmomente liefert, unter gleichzeitiger Berücksichtigung der vorliegenden Aeußerung des behandelnden Arztes für ausreichend halten. Ohne weiteres wird man den genannten Autoren darin beistimmen können, daß trotzdem hier und da einmal ein Verbrechen unerkannt bleiben mag. Aber wenn man entscheidenden Wert darauf legt, ein solches Verkennen gänzlich auszuschließen, so wird man, wie schon mehrfach hervorgehoben wurde, sich auch nicht mit der Sektion begnügen dürfen, sondern die chemische Untersuchung der Leichenteile in der Mehrzahl der Fälle verlangen müssen. Denn nur selten ergibt doch die Leichenöffnung Veränderungen, von denen man sagen kann, daß sie unbedingt in diesem Augenblick den Tod herbeiführen mußten.

Auch in dem Falle, den ich oben angeführt habe, hätte die Koronarsklerose nicht die eigentliche Todesursache sein können; die Möglichkeit einer Vergiftung durch Alkaloide war schließlich nicht ausgeschlossen. Daß solche rigorose Forderungen aber die Feuerbestattung in der Tat praktisch unmöglich machen würden, unterliegt keinem Zweifel. Wir werden uns doch immer darüber klar sein müssen, daß der kriminalistische Gesichtspunkt, so bedeutungvoll er sicher ist, nicht der einzige ist, nach dem wir alle Lebensverhältnisse zu ordnen haben, daß auch noch andere Gesichtspunkte Würdigung verdienen, und daß die Kunst des Staatsmanns und Gesetzgebers schließlich darauf hinausläuft, zwischen diesen verschiedenen der Beachtung werten Interessen ein zweckmäßiges Kompromiß zu treffen. Daß dies mit dem Feuerbestattungsgesetz und seiner Ausführungsanweisung geschehen ist, entspricht der Ueberzeugung, zu der mich die praktische Erfahrung geführt hat.

Besprechungen.

Dr. H. Räuber, Reg.- und Geh. Med.-Rat in Erfurt: **II. Nachtrag von Ergänzungen und Veränderungen in den Jahren 1912 und 1913 zur zweiten Auflage der Zusammenstellung der gesetzlichen Bestimmungen, Erlasse und Verfügungen für das Medizinalwesen in Preussen.** Leipzig 1914. Verlag von F. Leineweber. Preis: 1 M.

Dem vor zwei Jahren erschienenen ersten Nachtrag zu dem vorstehenden Werke ist jetzt ein zweiter gefolgt, der eine Zusammenstellung der in den Jahren 1912 und 1913 erlassenen gesetzlichen Bestimmungen und Erlasse usw. unter Berücksichtigung der einschlägigen Rechtsprechung enthält und es demzufolge dem Besitzer des Werkes ermöglicht, dieses völlig auf dem Laufenden zu halten. Die Nachträge sind auf gummiertem Papier einseitig gedruckt, so daß sie sich in durchschossenen Exemplare sehr schnell und leicht an zutreffender Stelle einkleben lassen. Der bei Besprechung der zweiten Auflage bereits hervorgehobene Wert des Räuberschen Buches als Nachschlagewerk für den täglichen Gebrauch wird dadurch außerordentlich erhöht; deshalb sollte es aber auch, wie wir nochmals betonen möchten, auf keinem Arbeitstische eines Medizinalbeamten fehlen. Rpd.

Prof. Dr. Carl Mense in Kassel: **Handbuch der Tropenkrankheiten.** II. Auflage. Zweiter Band. Mit 126 Abbildungen im Text, 14 schwarzen und 6 farbigen Tafeln. Leipzig 1914. Verlag von Joh. Ambr. Barth. Lex.-Format. 747 S. Preis: 40 M.; geb. 42 M.

Dem ersten, dem allgemeinen Teil enthaltenden und in Nr. 8 dieser Zeitschrift besprochenen Bande ist sehr schnell der zweite Band gefolgt, der eine Darstellung der einzelnen Tropenkrankheiten bringt. Er beginnt mit einer Abhandlung mehr allgemeinen Charakters über angewandte Blutlehre für die Tropenkrankheiten" von Dr. V. Schilling in Torgau, die außer technischen Ratschlägen über die Blutentnahme, Färbung, Blutkörperzählung usw. eine Besprechung der allgemeinen Morphologie, der Entstehung und Anwendung des Blutbildes, sowie der speziellen tropischen Blutbefunde enthält. Es folgen dann sehr ausführliche Abschnitte über „tropische Hautkrankheiten" von Prof. Dr. A. Plehn in Berlin, über die „durch Würmer hervorgerufenen Erkrankungen" von Prof. Dr. A. Loos-Kairo, und über tropische Intoxikationskrankheiten: Vergiftungen durch pflanzliche Gifte von Prof. Dr. Fillippo Rho-Rom, und Vergiftungen durch tierische Gifte von Prof. Dr. Calmette und Dr. L. Bruyant-Lille. Den Schluß bildet ein Kapitel über „Nerven- und Geisteskrankheiten in den Tropen" von Dr. P. C. J. van Brero-den Haag. In sämtlichen Abschnitten sind alle wichtigen Beobachtungen und Entdeckungen der Neuzeit, deren Zahl, wie sich aus den beigefügten Literaturverzeichnissen ergibt, eine außerordentlich große ist, berücksichtigt, soweit sie eine Berücksichtigung verdienten. Es zeigt sich daraus, daß unsere Kenntnisse auf dem Gebiete der Tropenkrankheiten überall sehr erhebliche Fortschritte erfahren haben und manche bisher noch ungelöste oder zweifelhafte Fragen durch die neueren Forschungen der Wissenschaft völlig geklärt oder wenigstens ihrer Lösung nahe gebracht sind. Ebenso wie beim ersten Band läßt auch beim zweiten Band die Ausstattung des Werkes nichts zu wünschen übrig; namentlich gilt dies in bezug auf die beigefügten, vorzüglich ausgeführten Abbildungen. Es handelt sich hier tatsächlich um ein großzügig angelegtes, epochemachendes Werk, dessen Inhalt gegenüber der ersten Auflage eine so gründliche und umfassende Umarbeitung erfahren hat, daß es sich eigentlich als ein völlig neues Werk darstellt. Rpd.

Dr. J. König, Geh. Med.-Rat, ordentl. Professor an der Königl. Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster i. W.: **Untersuchung von Nahrungs- Genussmittel und Gebrauchsgegenständen.** Vierte vollständig umgearbeitete Auflage. Zwei Bände. Mit 405 und 260 Abbildungen. Verlag von Julius Springer. Berlin 1910 und 1914. Gr. 8°; 772 und 972 Seiten. Preis: geb. 26 und 36 Mark.

Mit Recht heißt es auf dem Titel: „vollständig umgearbeitete" Auflage

denn das Werk stellt in seiner jetzigen Auflage eigentlich ein völlig neues dar, das auch den weitgehendsten Anforderungen auf diesem schwierigen Gebiete entsprechen dürfte. Es ist daher auch begreiflich, daß sich der Verfasser bei der Neubearbeitung eines so umfangreichen Stoffes diesmal die Mitarbeit hervorragender Fachmänner wie Prof. Dr. Beythien-Dresden, Prof. Dr. Bömer, Dr. P. Hasenkamp, Dr. A. Scholl, Prof. Dr. A. Spieckermann und Prof. Dr. Stiel-Münster i. W., Prof. Dr. Goppelsroeder-Basel, Reg.-Rat Prof. Dr. A. Juckenack-Berlin, Dr. F. Löwe-Jena, Prof. Dr. C. A. Neufeld-Würzburg (inzwischen verstorben), P. Waentig-Leipzig gesichert hat; gleichwohl ist jedenfalls der Löwenanteil der Arbeit in seiner Hand geblieben und infolgedessen auch der einheitliche Charakter des Werkes völlig gewahrt. Der erste Band bringt eine vorzügliche Darstellung der allgemeinen Untersuchungsverfahren; sein Inhalt interessiert zwar in erster Linie den Nahrungsmittelchemiker, ist aber auch für den Medizinalbeamten von großem Wert, als er ihm das Verständnis der von den ersteren erstatteten Gutachten und der darin in der Regel angegebenen Untersuchungsmethoden sowie deren Schlußergebnisse wesentlich erleichtert. Viel wichtiger und wertvoller ist für ihn allerdings der zweite Teil, in dem nicht nur die gangbaren, zur Aufdeckung der Verunreinigungen und Verfälschungen von Nahrungsmitteln usw. allgemein im Laboratorium und bei der Marktkontrolle üblichen und brauchbaren Untersuchungsverfahren eingehend geschildert, sondern auch die einschlägige Rechtsprechung, für die einzelnen Nahrungsmittel besonders geltenden gesetzlichen und sonstigen Bestimmungen, die im Kaiserlichen Gesundheitsamte neu bearbeiteten Entwürfe zu Festsetzungen über Lebensmittel, die besonderen Vereinbarungen des Vereins deutscher Nahrungsmittelchemiker, die in Oesterreich, in der Schweiz und Amerika usw. geltenden Codices alimentarii ausgiebig berücksichtigt sind. Bei jedem einzelnen tierischen und pflanzlichen Nahrungsmittel werden demzufolge zunächst Gewinnung, Zusammensetzung und Verfälschungen, dann die physikalischen, chemischen, bakteriologischen und biologischen Untersuchungsmethoden besprochen und hierauf eine Beurteilung sowohl nach dem Untersuchungsergebnis, als nach der Rechtslage gegeben unter Berücksichtigung der maßgebenden gesetzlichen Vorschriften und der bisher ergangenen gerichtlichen Urteile. Die Genußmittel und Gebrauchsgegenstände sind in dem vorliegenden Buche noch nicht behandelt; ihre Erörterung wird in einem dritten Teile geschehen, dem ein alle drei Teile umfassendes alphabetisches Sachverzeichnis beigelegt werden soll. Die Ausstattung der neuen Auflage, die die weiteste Verbreitung in den beteiligten Kreisen verdient und diesen deshalb nicht warm genug empfohlen werden kann, ist eine vorzügliche. Rpd.

Prof. Dr. Robert v. Ostertag, Geh. Reg.-Rat und Direktor der Veterinärabteilung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes in Berlin: **Handbuch der Fleischbeschau.** Für Tierärzte, Aerzte und Richter. Sechste, neubearbeitete Auflage. Mit 258 teils farbigen Textabbildungen und 3 farbigen Tafeln. II. Band. Stuttgart 1913. Verlag von Ferdinand Enke. Gr. 8; 890 Seiten. Preis: 24 Mark.

Dem in Nr. 1, Jahrg. 1913, dieser Zeitschrift besprochenen ersten Bande der Neuauflage des Ostertagschen Werkes ist jetzt der II. Band und damit der Schluß des Buches gefolgt. Während der erste Band die Fleischbeschau im allgemeinen behandelt, sind in dem jetzt vorliegenden zweiten Band in den Abschnitten IX—XIV die durch Blutanomalien, Vergiftungen, tierische Parasiten (Invasionskrankheiten), pflanzliche Parasiten (Infektionskrankheiten), Notschlachtungen und postmortale Veränderungen bedingten Anomalien des Fleisches eingehend besprochen; die letzten Abschnitte sind dann dem Mehlzusatz zu Würsten, dem Färben und Aufblasen des Fleisches (XV), der Konservierung des Fleisches (XVI) und der Unschädlichmachung des Fleisches durch Kochen, Dampfsterilisation, Verbrennen usw. (XVII) gewidmet. Bei den einzelnen Abschnitten ist überall den neuen Forschungsergebnissen nach jeder Richtung Rechnung getragen und aus der Ueberfülle des Materials das Wertvolle kritisch gesichtet. Die zur Erläuterung des Textes dienenden Abbildungen haben ebenso wie beim ersten Band eine außerordentliche Vermehung erfahren, wodurch der Wert eines Werkes, das in erster Linie zum praktischen Gebrauch dienen soll, wesentlich gesteigert

wird. Das Handbuch wird sich demzufolge in seiner neubearbeiteten Auflage sicherlich zu seinen vielen bisherigen Freunden noch recht zahlreiche neue Freunde hinzugewinnen. Rpd.

Prof. Dr. Klumker: Jahrbuch der Fürsorge. Berlin 1914. Verlag von Julius Springer. Gr. 8°; 238 S. Preis: 8 Mark.

Die im Volkscharakter und in den Volkssitten gelegenen Bedingungen der Unehelichkeit sind die primären, die wirtschaftlichen, sozialen und Bevölkerungsverhältnisse die sekundären. Die wichtigsten Bedingungen sind: Heiratsalter, Heiratshäufigkeit, Altersgliederung, Verhältnis der Unverheirateten.

Von 3983 unehelichen Müttern in Frankfurt a. M. wurden entbunden in Anstalten 83,5 %, privat 8,2 %, auswärts 2,5 %, unbekannt 5,8 %. Von 2716 Müttern mit 1 überlebendem Kinde waren Dienstmädchen 51,5 %, Arbeiterinnen 37,5 %, Verkäuferinnen 4 %, Selbständige 3 %, ohne Beruf 1 %, unbekannten Berufs 8 %. Der Prozentsatz der einzelnen Klassen in der Bevölkerung ist leider nicht angegeben, so daß die von dem Verfasser gezogenen Schlüsse nicht genügende Unterlagen haben. Die Hälfte aller unehelichen Mütter ist väterlicherseits, ¹/₅ mütterlicherseits und ¹/₄ gänzlich verwaist.

Den größten Einfluß auf die Gesundheit, sowie auf die Erziehung haben die Pflegeplätze; namentlich wirkt der häufige Wechsel schädlich. Die Ueberwachung durch Sammelvormundschaft ist dringend notwendig und die Beitreibung der Alimentation, da diese die Grundlage der Existenzbasis bildet eine Hauptaufgabe der Fürsorge (Ref. wiederholt auch hier seinen Vorschlag: Außereheliche und eheliche Väter, die ihrer Alimentationspflicht nicht genügen, sind polititisch zu entrechten. Sie dürfen keine Ehrenstellen annehmen, sind weder aktiv noch passiv wählbar und dürfen politische Versammlungen nicht besuchen. Strafbestimmungen helfen nicht viel). Die Formen der Kinderaufzucht sind vielfach: 1. die Mutter behält das Kind für sich und zieht es allein auf; 2. die Mutter und das Kind befinden sich bei Verwandten; 3. das Kind ist allein bei Verwandten; 4. das Kind ist bei einer Pflegefrau; 5. die Mutter heiratet und nimmt das Kind in die neue Familie über; 6. die Anstalt. Die ersten zwei Arten sind schon deshalb die besten, weil das Kind in dieser Verpflegung am längsten, oft ausschließlich bleibt.

Von 2800 in Pflege untergebrachten Kindern entfielen auf:

Mutter allein	Mutter und Verwandte	Verwandte allein	Haltefrauen	Waisenpflege	Vater und Angehörige	Konkubinat	Anstalten	Stiefvater
425	287	291	844	616	73	63	94	97
Davon starben:								
28,5 %	13,4 %	19,5 %	26,8 %	33,3 %	23,3 %	12,7 %	41,5 %	—

Die ungünstigste Verpflegungsform für Kinder im ersten Lebensjahre ist also die Anstaltspflege, dann kommt die Verpflegung durch fremde Eltern, dann die alleinstehende Mutter; die beste ist die Verpflegung bei Verwandten (dem Referenten kommt hier der Ausspruch eines angesehenen ungarischen Verwaltungsarztes in den Sinn: Die schlechte Mutter ist noch besser als die beste Anstalt). — Ungünstige körperliche und geistige Anlage der unehelichen Kinder ist viel häufiger als bei den ehelichen. Die hohe sozialpolitische Mission der Berufsvormundschaft ist allgemein anerkannt.

Als zweiter Teil enthält das Buch die gesetzlichen und verordnungsmäßigen Bestimmungen sowie sehr instruktive Gerichtsentscheidungen. Die Bibliographie der Jugendfürsorge scheint vollkommen zu sein.

Das Jahrbuch kann jedem Verwaltungsarzt dringend empfohlen werden.

Dr. Graßl-Kempten.

Tagesnachrichten.

Herrn Ministerialdirektor Prof. Dr. **Kirchner**, dem Leiter der preußischen Medizinalverwaltung, sind zur Feier seines **60. Geburtstages** am 15. d. Mts. überaus zahlreiche und herzliche Glückwünsche zuteil geworden, der beste Beweis für das hohe Ansehen und die allseitige Anerkennung, die er sich durch

seine außerordentlichen Verdienste um die Ausgestaltung und Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens nicht bloß in Preußen, sondern im Deutschen Reiche erworben hat. Obwohl auf seinem besonderen Wunsch von einer größeren Festlichkeit im weiteren Kreise Abstand genommen war, fanden sich doch recht viele Gratulanten in seinem Heim ein, um ihm persönlich ihre Glückwünsche auszusprechen. Die Mitglieder der Medizinalabteilung, die Aerzte des Instituts für Infektionskrankheiten „Robert Koch" und der Preußische Medizinalbeamtenverein waren durch Abordnungen vertreten, die dem Geburtstagskinde mit ihren Glückwünschen besondere Ehrengaben überbrachten — die Mitglieder der Medizinalabteilung einen künstlerisch ausgeführten silbernen Becher, die Aerzte des Instituts für Infektionskrankheiten: ein von einem namhaften Bildhauer hergestellte Plakette, auf der Kirchners Kopf in vorzüglicher Weise wiedergegeben war, der Preußische Medizinalbeamtenverein: eine künstlerisch ausgeführte, seinen Ehrenmitgliede gewidmete silberne Jardinière. Mit warmen, aber von Herzen kommenden Worten dankte Kirchner jedem einzelnen Gratulanten, insbesondere den obengenannten Abordnungen und deren Sprechern.[1]) Mögen ihm noch recht viele Jahre in voller Gesundheit mit gleich großer Schaffensfreudigkeit und gleichen Erfolgen wie bisher vergönnt sein zu seiner eigenen Freude, zur Freude seiner Familie und seiner zahlreichen Freunde; vor allem aber zum Segen des öffentlichen Gesundheitswohles seines engeren und weiteren Vaterlandes!

Die Aussichten auf eine seit Jahren sowohl vom Reichstage und der Presse als von den Aerzten, Psychiatern usw. geforderte **reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens** sind anscheinend sehr gering, nachdem eine große Anzahl von Bundesregierungen auf einer vom Reichsamt des Innern veranlaßten Umfrage das Bedürfnis einer solchen Regelung verneint hat, da die in Betracht kommenden Verhältnisse, namentlich in bezug auf die Verpflichtung zur Irrenpflege, in den einzelnen Bundesstaaten zu verschiedene seien. In Preußen sind jedoch die nachgeordneten Behörden noch zur Berichterstattung darüber aufgefordert, ob besondere gesetzgeberische oder Verwaltungsmaßnahmen erforderlich seien, um einerseits die Geisteskranken vor widerrechtlicher Internierung und anderseits die Allgemeinheit vor gemeingefährlichen Geisteskranken in erhöhtem Maße zu schützen. Von dem Ergebnis dieser Berichterstattung und den sich daran anknüpfenden Verhandlungen in der Zentralinstanz wird es abhängen, ob der Erlaß eines besonderen preußischen Irrengesetzes geboten erscheint.

Preisausschreiben der „Robert Koch-Stiftung zur Bekämpfung der Tuberkulose". Nach Beschluß der Vorstandes vom 16. April d. J. wird eine Preisaufgabe ausgeschrieben mit dem Titel: „Die Bedeutung der verschiedenartigen Strahlen (Sonnen-, Röntgen-, Radium-, Mesothorium-) für die Diagnose und Behandlung der Tuberkulose." Die Arbeiten, die in deutscher Sprache abgefaßt und mit der Maschine geschrieben sein müssen, sind bis zum 1. Juli 1915 bei dem Schriftführer der Stiftung, Herrn Geh. San.-Rat Prof. Dr. Schwalbe-Berlin-Charlottenburg, Schlüterstr. 53, abzuliefern. Die Arbeit ist mit einem Motto zu versehen. Der Name des Verfassers ist im geschlossenen Umschlag beizufügen, und auf den Umschlag ist das Motto der Arbeit zu setzen. Das Preisgericht besteht aus den Herren: Präsident des Kaiserl. Gesundheitsamts Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Bumm-Berlin, Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Gaffky-Hannover, Ministerialdirektor Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner und Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Löffler-Berlin. Für die

[1]) Als Vertreter der Mitglieder der Medizinalabteilung sprach Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. v. Dietrich, als Vertreter der Aerzte des Instituts für Infektionskrankheiten, Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Löffler, und für den Preußischen Medizinalbeamtenverein dessen Vorsitzender, der gleichzeitig als Herausgeber die heutige Nummer der Zeitschrift in festlicher Ausstattung überreichte.

beste Arbeit ist ein Preis von 3000 Mark angesetzt. Die Arbeit geht nach der Prämiierung in den Besitz der Robert Koch-Stiftung über. Die Veröffentlichung findet nach Maßgabe der Bedingungen statt, die für die gesamten mit den Mitteln der Stiftung ausgeführten Publikationen gelten: Die Preisarbeit erscheint in den „Veröffentlichungen der Robert Koch-Stiftung", während ein von dem Verfasser angefertigter kurzer Auszug in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift abgedruckt wird.

Die zweite internationale Konferenz der Volks- und Schulbäder findet am 7. u. 8. August d. J. in Brüssel statt. Von den zahlreichen Vorträgen sind folgende aus Deutschland und Oesterreich angemeldet:

1. Volksbäder und Rassenhygiene. Berichterstatter: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Brieger-Berlin. — Die Volksbäder auf dem Lande. Berichterstatter: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Gumprecht-Weimar. — Die Notwendigkeit von Badeeinrichtungen in industriellen Betrieben. Berichterstatter: Prof. Dr. F. Rambousek in Prag. — Wie kann man Flußbäder in Orten einrichten, in denen Bäder und Schwimmbassins fehlen. Berichterstatter: Prof. Dr. Schwarz-Rotenburg a. Fulda. — Sommerbäder und Bäder in Gärten. Berichterstatter: Prof. Dr Czaplewski in Köln. — Schulbäder in Deutschland. Berichterstatter: Baurat Schoenfelder-Düsseldorf.

Mit der Konferenz ist eine Ausstellung verbunden. Anmeldungen nimmt E. Beco, Gouverneur der Provinz Brabant, Brüssel, Rue de Chêne, Nr. 20, entgegen.

Den Teilnehmern wird auf den Belgischen Eisenbahnen auf Abonnementskarten wesentliche Preisermäßigung gewährt: Karte für 5 Tage, mit der alle Linien beliebig benutzt werden können, kostet I. Kl.: 35 Fr., II. Kl. 23 Fr. und III. Kl.: 13 Fr.; eine Karte für 15 Tage: 61,50, 41 und 23,50 Fr.

Am 22.—26. September d. J. wird in Wien (im großen Festsaale der Universität) der **III. internationale Hebammenkongreß** abgehalten werden, für den folgende Tagesordnung vorgesehen ist:

Am Dienstag, den 22. September, vormittags 9 Uhr: Sitzung des Unterstützungsvereins und der Reichsorganisation mit den Vertreterinnen der österreich-ungarischen Sektionen und Vereine (im Festsaale der Universität) und zu derselben Zeit Sitzung des 18. Delegiertentages (im großen Festsaale der Universität), auf dem außer geschäftlichen Angelegenheiten die Frage der reichsgesetzlichen Regelung des Hebammenwesens zur Verhandlung steht. Abends 7 Uhr: Begrüßung der Teilnehmer im großen Festsaale der Universität.

Am Mittwoch, den 23. September, vormittags 9 Uhr: Eröffnungssitzung. Vortrag des Reg.-Rats Prof. Dr. L. Piskacek in Wien über „Die Ziele zur Reform des Hebammenunterrichts in Wien" und des Prof. Dr. E. Finger-Wien (Thema vorbehalten). Nachmittags Berichterstattung der Delegierten über die Hebammenverhältnisse in ihrer Heimat. Beratung über Satzungsänderungen.

Am Donnerstag, den 24. September, vormittags 9 Uhr: Vortrag des Dr. Leisewitz, Hebammenlehrer an der Frauenklinik in Dresden, über: „Ist der Wunsch, Angehörige gebildeter Stände für den Hebammenberuf zu gewinnen, heute noch berechtigt?" und des Prof. Dr. Fr. Schauta-Wien (Thema vorbehalten).

Am Freitag, den 25. September, vormittags 9 Uhr: Vortrag von Dr. Rott-Charlottenburg über: „Die Stellung der Hebammen in der Säuglingsfürsorge". Außerdem werden noch die Herren Dr. H. Grün, Dr. J. Pok und Prof. Dr. H. Peham in Wien, sowie Dr. E. Eckstein in Teplitz Vorträge halten. Nachmittags Entgegennahme von Referaten von Hebammen-Verbands- und Vereinsvertreterinnen.

Am Sonnabend, den 26. September, vormittags 9 Uhr: Vortrag des Prof. Dr. L. Knapp-Prag. — Berichterstattung der Vertreterinnen der Landesverbände über die Entwicklung des Hebammenwesens in ihrem Lande. — Beratung sowie Wahl des Ortes und des Komitees für den IV. Internationalen Hebammenkongreß.

Medizinalbeamten und Aerzte, die an dem Kongresse teilnehmen wollen, erhalten Ehrenkarten, die auf schriftliche Meldung bei der Geschäfts-

leiterin — Frau Marie Lackner, Wien I, Himmelpfortgasse Nr. 11 — aus gestellt werden. Wird die Zusendung des Kongreßberichts erwünscht, so ist dafür ein Betrag von 5 Mark zu entrichten. Vorträge sind bei einem der beiden Ehrenpräsidenten und Leiter des Kongresses, Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich-Berlin und Reg.-Rat Prof. Dr. Piskacek in Wien bis spätestens 10. August d. J. anzumelden.

Die Errichtung **neuer Desinfektionsanlagen** sind jetzt von dem Preußisch-Oldenburgisch-Bremischen Quarantäneamt, von dem Kreisausschuß in Lüneburg und dem Krankenhause „Mariahilf" in Bremerhaven in Habelschwerdt beschlossen. Mit der Ausführung der Inneneinrichtung ist überall die Deutsche Desinfektions-Zentrale Berlin beauftragt.

An **Pest** sind erkrankt (gestorben) in Rußland (Gouvernem. Astrachan) vom 25. Mai bis 14. Juni: 24 (16), in Aegypten vom 13.—26. Juni: 15 (9), in Deutsch-Ostafrika (Daressalam) vom 6. Mai bis 10. Juni: 6 (2), in der Türkei (Jaffa) vom 2.—26. Juni: 7 (5), in Britisch-Ostindien vom 17.—23., 24.—30. Mai und 31. Mai bis 6. Juni: 6331 (5485), 3783 (3324) und 3586 (2271), in Niederländisch-Indien vom 3.—16. Juni: 626 (489), in Hongkong vom 17. Mai bis 6. Juni: 422 (361), in China (Amoy) vom 4.—18. Mai: 17 Todesfälle, in Mauritius vom 10. April bis 7. Mai: 2 (1).

Cholera. In Singapore (Straits-Settlements) sind vom 26. April bis 30. Mai 112 Erkrankungen und 72 Todesfälle vorgekommen.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 7. bis 27. Juni 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rotz, Fleckfieber, Tollwut, Rückfallfieber: — (—); Aussatz: — (—), 1 (—), — (—); Pocken: 2 (—), 2 (—), — (—); Milzbrand: 2 (1), 4 (1), 3 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 2 (—), 2 (—), 8 (—); Unterleibstyphus: 213 (18), 255 (19), 239 (15); Ruhr: 28 (6), 11 (2), 21 (—); Diphtherie: 1192 (69), 1266 (62), 1189 (62); Scharlach: 1504 (81), 1542 (65), 1493 (72); Kindbettfieber: 84 (19), 104 (22), 114 (21); Genickstarre: 5 (3), 9 (5), 4 (1); spinaler Kinderlähmung: 2 (—), 3 (1), 3 (1); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 7 (—), 11 (2), 4 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 216, 336, 267; Tuberkulose (gestorben): 791, 751, 728.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. K. in Str.: Ist der Kreisarzt berechtigt bezw. verpflichtet, z. B. bei Ortsbesichtigungen die Rettungskasten auf den Bahnstationen zu revidieren.

Antwort: Nein! Aus den ganz allgemein gefaßten Bestimmungen des § 6 des Kreisarztgesetzes kann nicht gefolgert werden, daß die Eisenbahnanlagen einer ständigen Ueberwachung durch die Kreisärzte unterliegen und dieser deshalb berechtigt oder gar verpflichtet ist, die Rettungskasten auf den Bahnstationen zu revidieren. Abgesehen von den vorgeschriebenen Ermittelungen beim Ausbruch übertragbarer Krankheiten hat der Kreisarzt zur Vornahme von Dienstverrichtungen auf dem Gebiete der Eisenbahnanlagen vielmehr stets einen Auftrag abzuwarten oder herbeizuführen, was sich auch aus dem Min.-Erlaß vom 12. November 1910 betr. die Beaufsichtigung eisenbahnfiskalischer Wasserleitung ergibt, in dem es wörtlich heißt: „Wenn auch für die Eisenbahnbehörden die von den zuständigen Landesbehörden auf dem Gebiet der Gesundheitspflege erlassenen Anordnungen allgemeiner Art maßgebend und verbindlich sind, so bleibt ihnen doch die Ausführung der danach zu treffenden Vorbeugungs- und Schutzmaßregeln gemäß § 40 des Reichsgesetzes vom 30. Juni 1900 (und der Ausführungsbestimmung unter Nr. 2 zu § 12 des preußischen Seuchengesetses vom 28. August 1905) innerhalb ihres Ressorts selbständig überlassen."

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

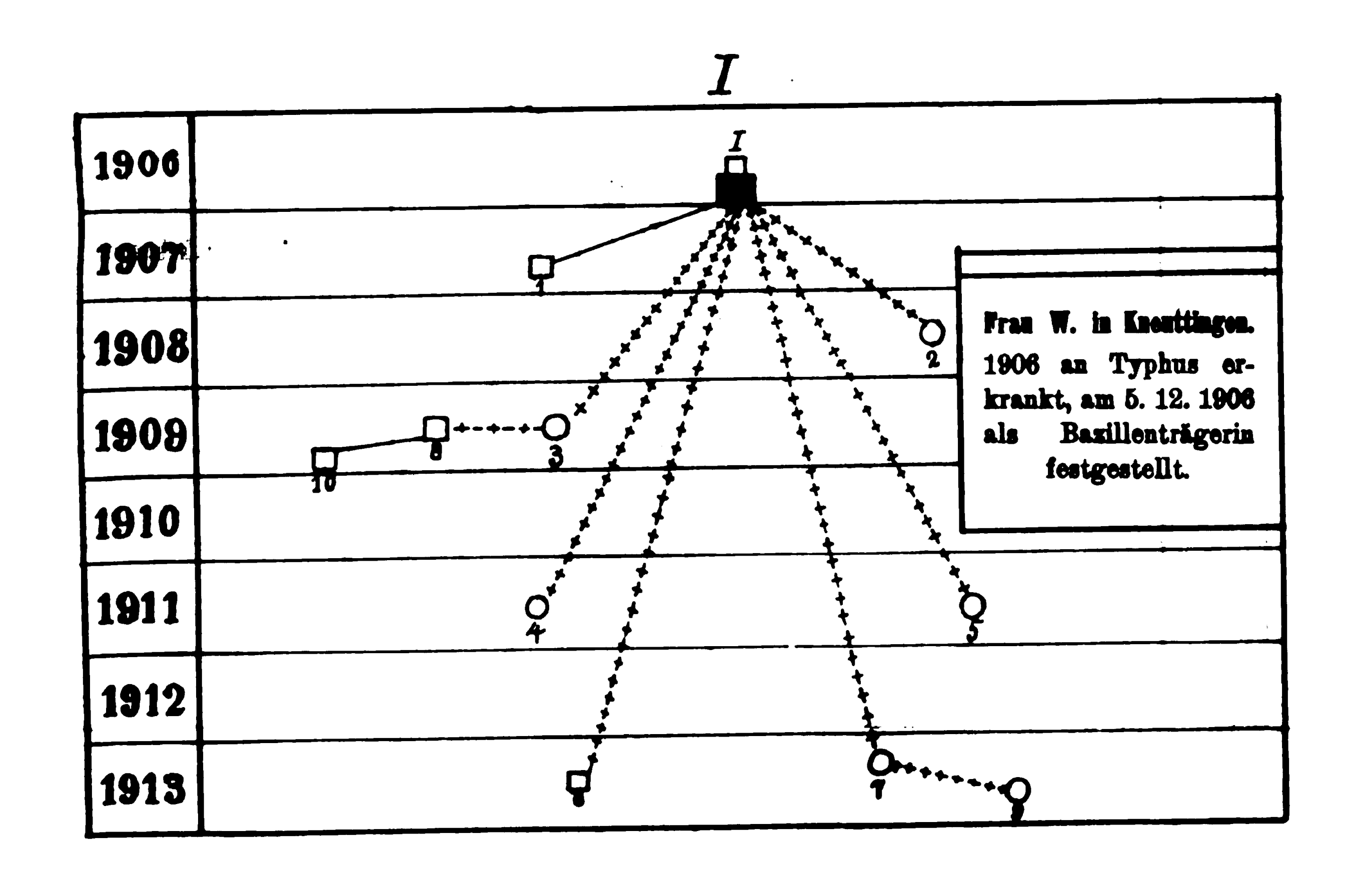
Anlage zum Aufsatz: „Das preußische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, insbesondere die Bekämpfung des Typhus im Südwesten des Reichs".

Von Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Wodtke, Reichskommissar für die Typhusbekämpfung im Südwesten des Reichs, in Saarbrücken.

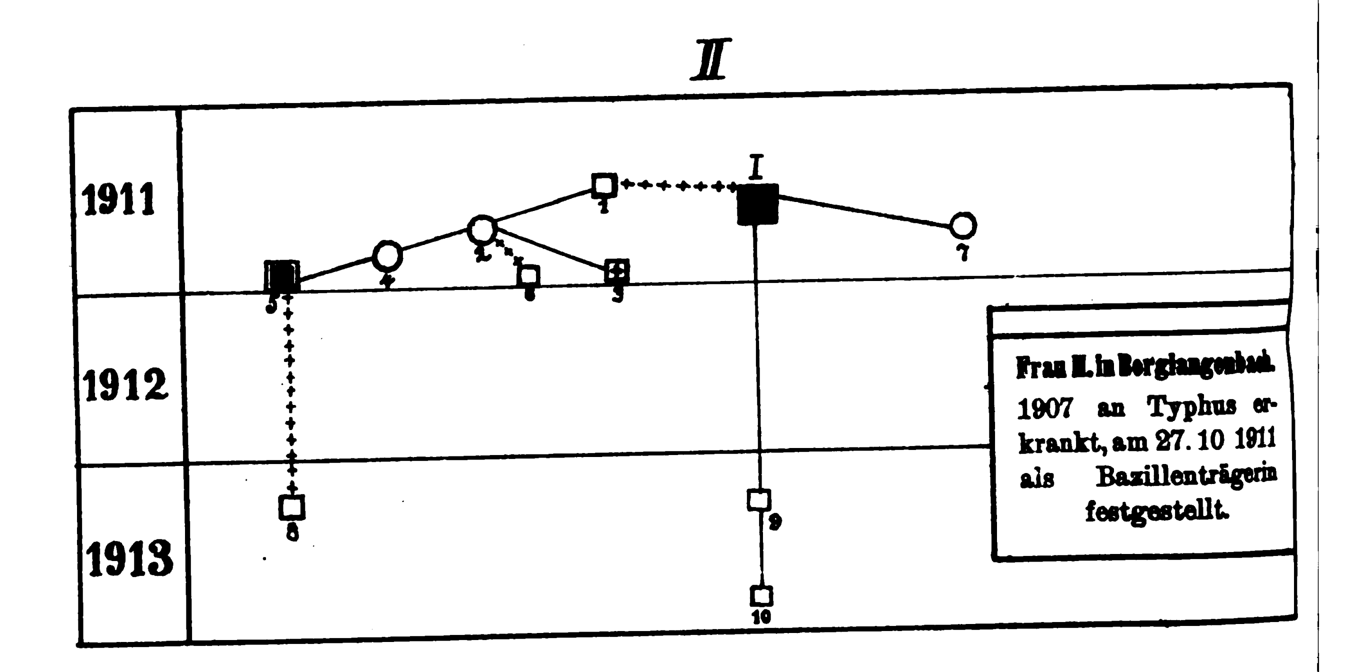
Erklärung der Zeichen.

- ● Männliche Bazillenträger.
- ■ Weibliche „
- ○ Männliche Typhuskranke.
- □ Weibliche „
- ⊕ ⊞ Erkrankungen mit tödlichem Ausgang.
- ——— Typhusübertragungen auf Verwandte.
- - - - - - „ „ Dienstboten.
- + + + + „ „ Hausgenossen.
- + - + - + „ „ Nachbarn und befreundete Familien.
- .... „ durch Milch.

I

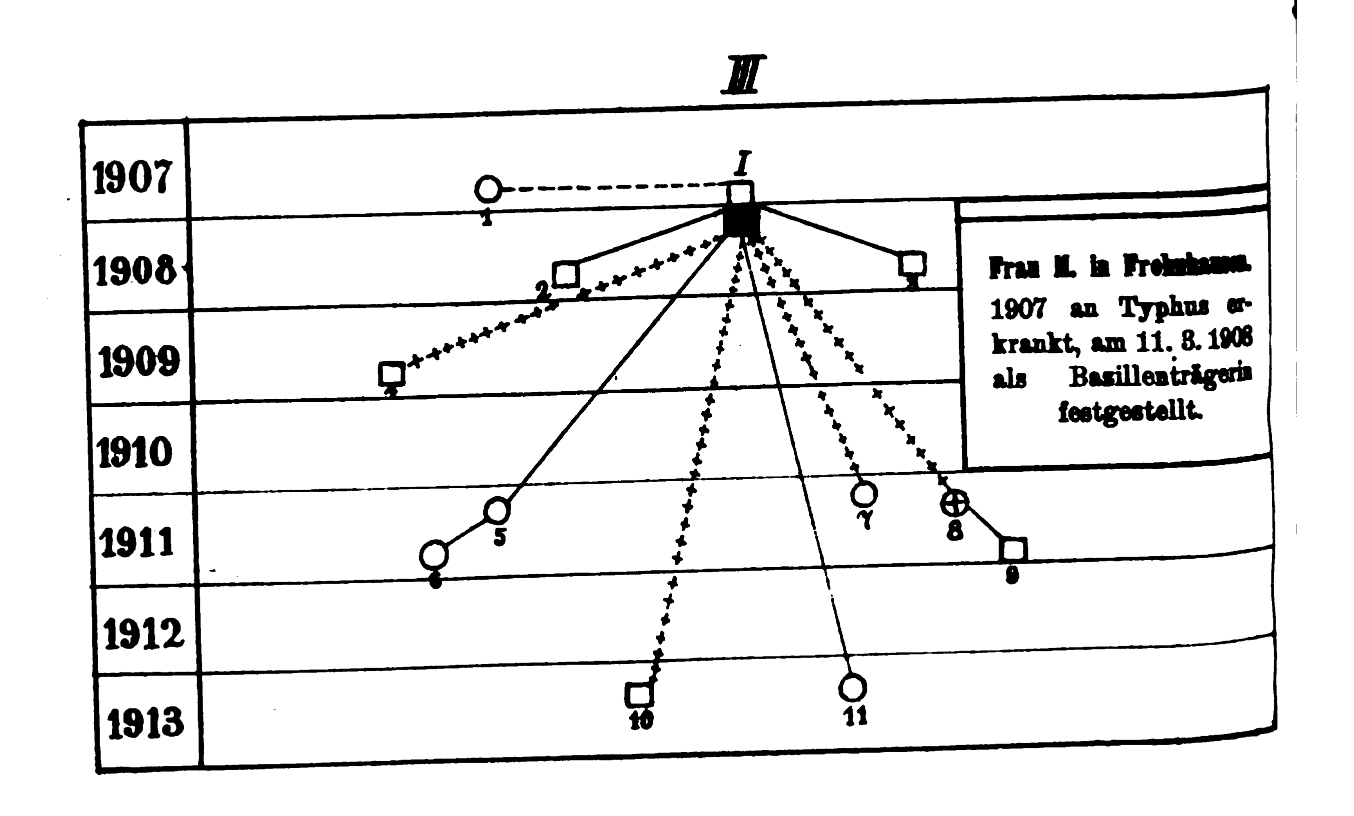


II



1911
1912
1913
Frau H. in Berglangenbach.
1907 an Typhus erkrankt, am 27. 10 1911 als Bazillenträgerin festgestellt.

III



1907
1908
1909
1910
1911
1912
1913
1907 an Typhus erkrankt, am 11. 8. 1908 als Bazillenträgerin festgestellt.

IV

Mittelbronn.

Weschheim

1906

1907

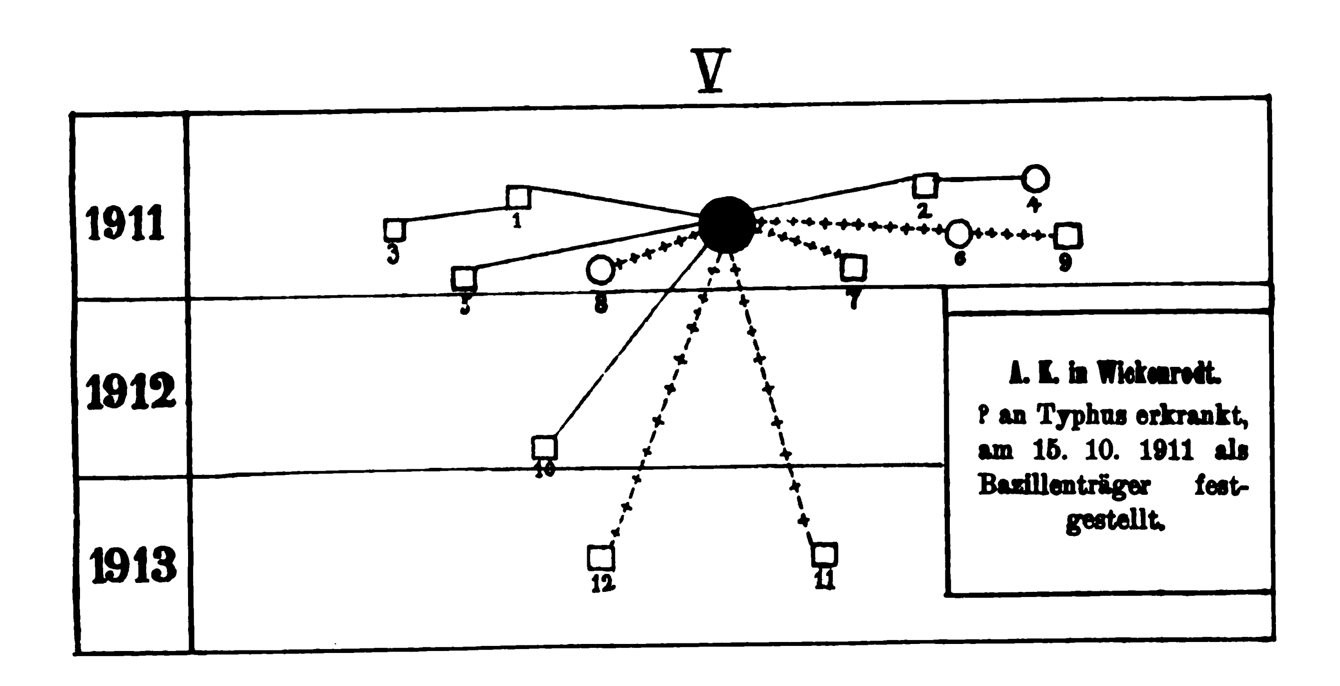
1908

1909

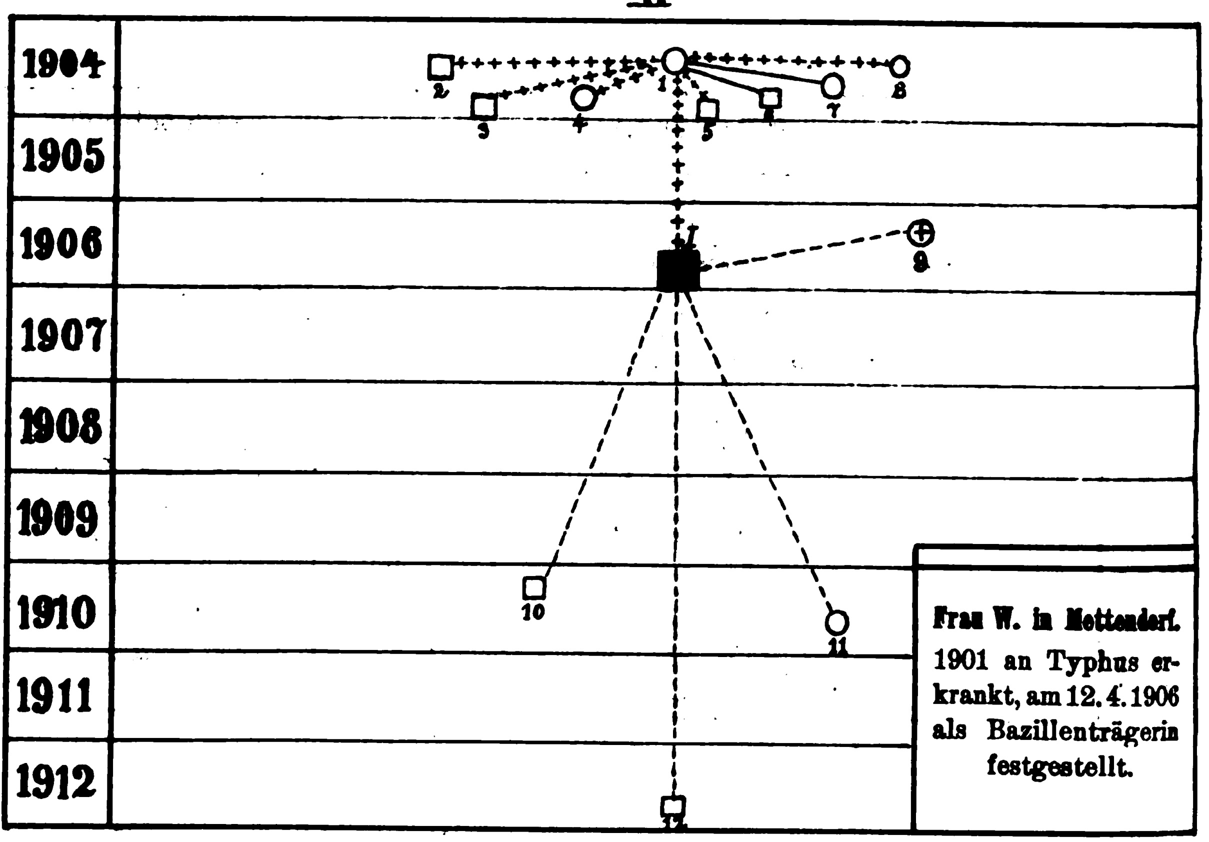
1910

1911

Frau Kl. in Mittelbronn.
als Bazillenträgerin im September 1906 festgestellt.



VI



VII

Freimengen

Kochern

Marienau.

Düsseld.

Ph. F. in Marienau.
1907 an Typhus erkrankt, im März 1907 als Bazillenträgerin festgestellt.

Karlingen

Spittel.

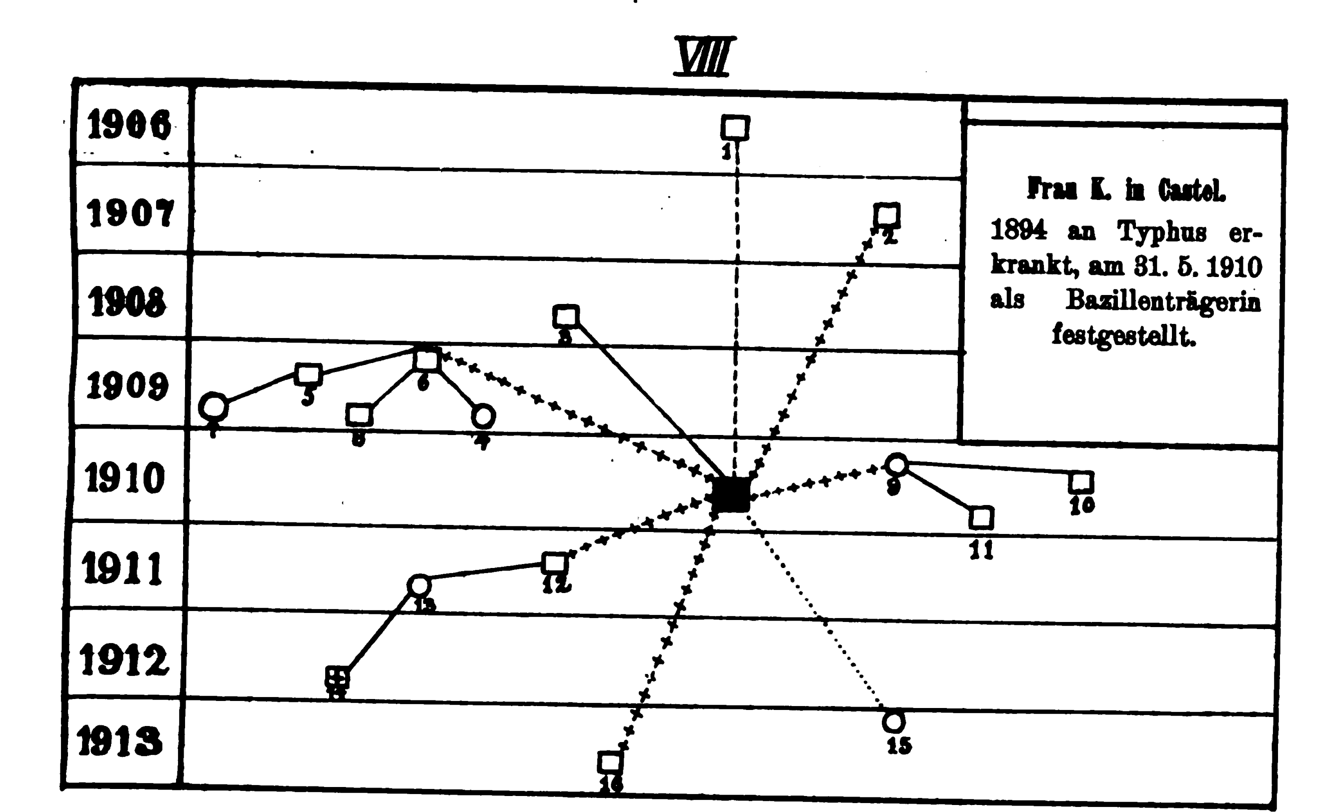
1907

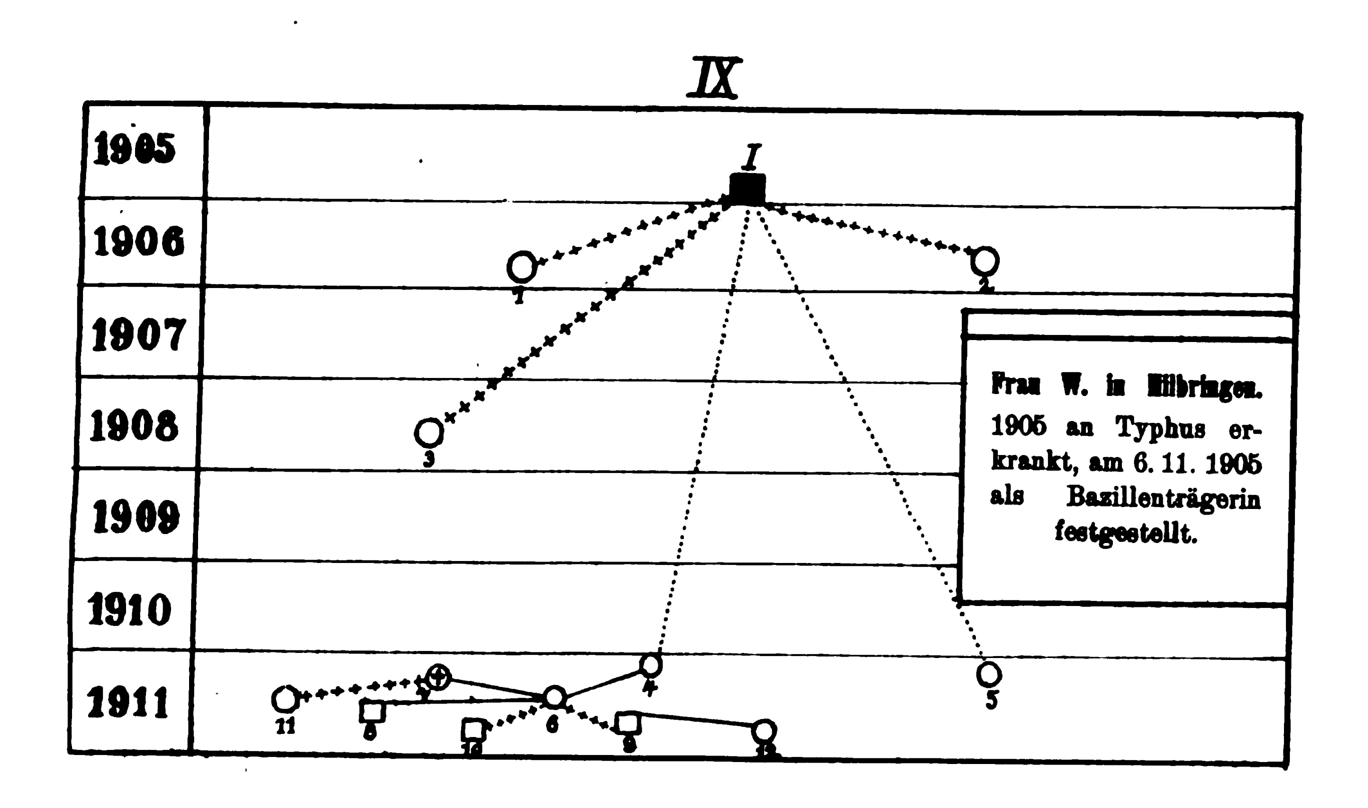
1908

1909

1910

1911


VIII
1906
1907
1908
1909
1910
1911
1912
1913
Frau K. in Castel.
1894 an Typhus erkrankt, am 31. 5. 1910 als Bazillenträgerin festgestellt.
1
2
3
5
6
7
8
4
9
10
11
12
13
14
15
16

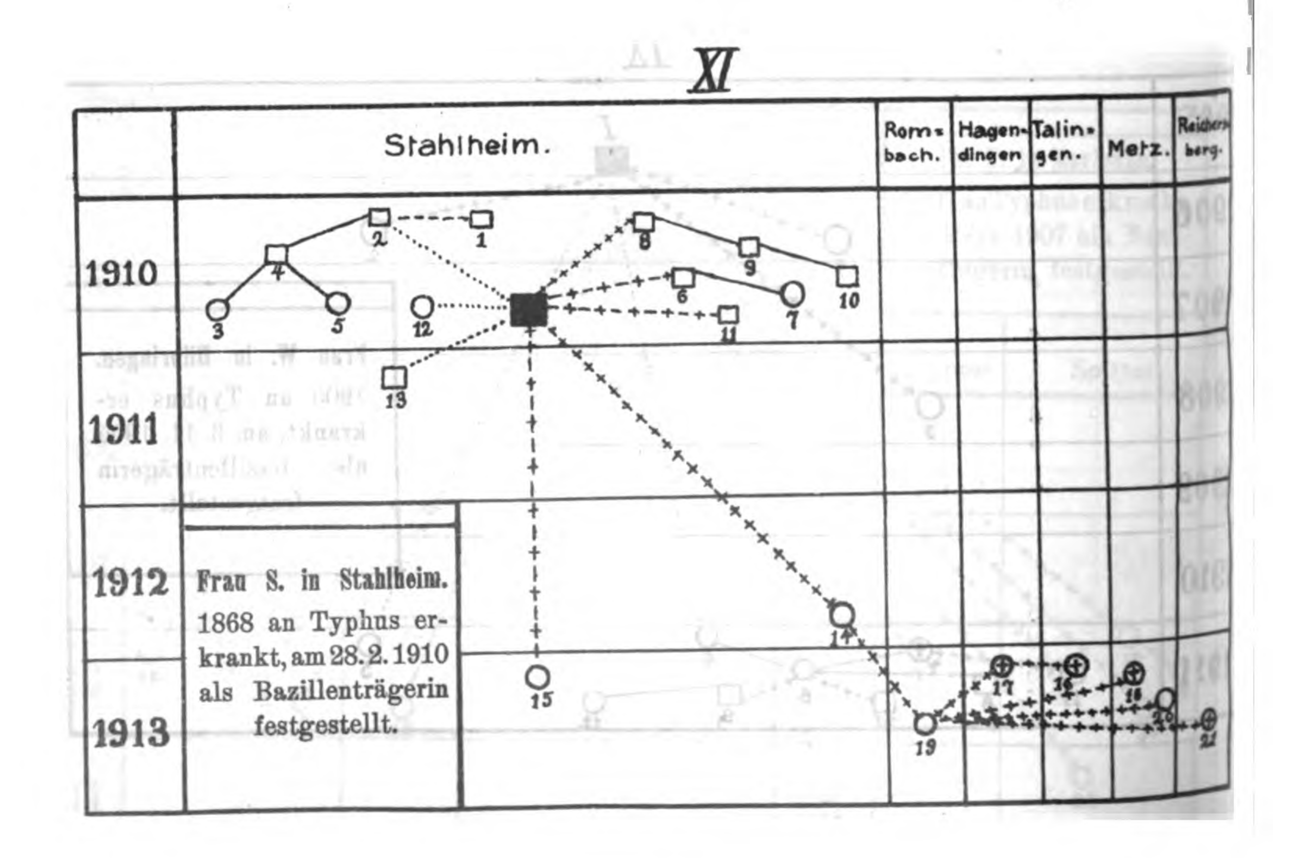

IX
1905
1906
1907
1908
1909
1910
1911
I
1
2
3
Frau W. in Hilbringen.
1905 an Typhus erkrankt, am 6. 11. 1905 als Bazillenträgerin festgestellt.
4
5
6
7
8
9
10
11

X

	Sesenheim.	Dengolsheim.	Runzenheim.	Auenheim.	Sufflenheim.
1905					
1906					
1907					
1908					
1909					
1910					
1911					
1912					
1913					

Frau F. in Runzenheim.
1900 an Typhus erkrankt, am 12. 12. 1913 als Bazillenträgerin festgestellt.

XI



XII

	Neunkirchen. Bez. Trier.	Herlingen.	Saarbrücken.	Sulzbach.
1911		1, 2, 3, 4, 5, 6		**Frau S. in Herlingen.** 1911 an Typhus erkrankt, am 8. 9. 1913 als Bazillenträgerin festgestellt.
1912	9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	8, 7	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24	
1913			25, 26	27, 28, 29

27. Jahrgang; Nr. 15. Ausgegeben am 5. August 1914.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch
J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 15.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Ober-Medizinalrat: dem Geh. Med.-Rat Dr. Finger, vortragenden Rat in der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern in Berlin; — das Prädikat Professor: dem Dozenten an der Akademie für praktische Medizin in Cöln, Landesmedizinalrat Dr. Knepper in Düsseldorf; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Medizinalrat Dr. Bremer, Kreisarzt a. D. in Angerburg, den San.-Räten Dr. Voigt in Erfurt, Dr. Wächter

und Dr. Grüneberg in Altona, dem Oberstabsarzt a. D. Dr. Förster in Rathenow; — die Rote Kreuzmedaille II. Klasse: dem Generaloberarzt a. D. Dr. Herrmann in Hildesheim und dem prakt. Arzt Dr. Neusitzer in Elbing; — dieselbe Medaille III. Klasse: dem praktischen Arzt Dr. Freytag in Wiesdorf (Niederrhein).

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Kommandeurkreuzes des Rumänischen Ordens „Stern von Rumänien": dem Geh. Med.-Rat Dr. Schwaß in Sigmaringen; — der Königl. Württembergischen Karl-Olgamedaille in Silber: dem Prof. Dr. Gaupp in Königsberg i. Pr.; — des Kommandeurkreuzes I. Klasse des Herzogl. Braunschweigischen Ordens Heinrichs des Löwen: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bumm in Berlin; — des Offizierkreuzes des Französischen Ordens der Ehrenlegion: dem Geh. Med.-Rat, ord. Hon.-Prof. Dr. v. Wassermann, Direktor des Kaiser Wilhelm-Instituts für experimentelle Therapie in Berlin; — des Kommandeurkreuzes I. Klasse des Königl. Norwegischen Ordens vom heiligen Olaf: dem ord. Prof. Geh. Med.-Rat Dr. Bier in Berlin; — des Kommandeurkreuzes des Königl. Serbischen St. Sawaordens: dem Privatdozenten Dr. Adam, Direktor des Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen in Berlin und dem Stadtarzt Prof. Dr. v. Drigalski in Halle a. S.; — des Offizierkreuzes desselben Ordens: dem Arzt Dr. med. Kaiser in Marburg und dem Arzt Dr. med. Achelis in Straßburg i. E.; — des Offizierkreuzes des Königlich Griechischen Erlöserordens: dem Oberarzt der chirurgischen Klinik, Prof. Dr. med. Coenen in Breslau; — des silbernen Ritterkreuzes desselben Ordens: dem Arzt Dr. med. Frank in Charlottenburg und dem Assistenzarzt der chirurgischen Abteilung des Allerheiligen Hospitals Dr. med. Hauke in Breslau; — des Ritterkreuzes I. Klasse mit der Krone des Königl. Sächsischen Albrechtsordens: dem Chefarzt des Landesbades der Rheinprovinz Dr. Krebs in Aachen; — des Ritterkreuzes I. Klasse desselben

Ordens: dem leitenden Arzt der Berlin-Brandenburgischen Krüppel-Heil- und Erziehungsanstalt, Prof. Dr. Biesalski in Zehlendorf, Kreis Teltow, und dem Arzt Dr. Seige in Partenkirchen.

Ernannt: Stadtassistenzarzt Dr. Vellguth in Flensburg zum Kreisassistenzarzt in Danzig, der Assistent am Institut für Infektionskankheiten „Robert Koch" Dr. Wankel zum Kreisassistenzarzt und Assistent am Medizinaluntersuchungsamt in Breslau, Dr. Kauffmann in Willenberg zum Kreisassistenzarzt des Kreises Ortelsburg unter Beibehaltung seines Wohnsitzes; Reg.- und Geh.-Med.-Rat Prof. Dr. Roth in Potsdam, Marinegeneralarzt Dr. Uthmann in Kiel zu Mitgliedern des Reichsgesundheitsamts.

Gestorben: San.-Rat Dr. Kreich in Gransen (Reg.-Bez. Potsdam), Dr. Stange in Greifswald, San.-Rat Dr. Hermes in Aschersleben, Dr. Heinrich Hocks in Sechtern bei Bonn a. Rh., Dr. Emil Goepel in Wandsbeck, Dr. Schlesinger in Langendorf (Reg.-Bez. Oppeln), Geh. Med.-Rat Dr. Klingelhoeffer, Kreisarzt a. D. in Frankfurt a. M. (in Interlaken), Dr. Lohmann in Neuhaus a. Elbe, Privatdozent Dr. Böhm in Kiel, Dr. Schober in Klaushagen (Reg.-Bez. Köslin), Geh. San.-Rat Dr. Finger in Noerten bei Northeim, Geh. San.-Rat Dr. A. Schmitz in Dortmund, San.-Rat Dr. Schnell in Oberlahnstein.

Königreich Bayern.

Ernannt: Bezirksarzt Dr. Steichele in Augsburg zum Mitgliede des Kreismedizinalausschusses für Schwaben in Nürnberg.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Uebl in Berneck in gleicher Diensteigenschaft nach Amberg.

Königreich Sachsen.

Ernannt: Dr. E. Naumann in Limbach zum Gerichtsassistenzarzt daselbst, Dr. Plange-Dresden zum wissenschaftlichen Hilfsarbeiter bei dem dortigen Stadtbezirksarzt.

Gestorben: Dr. Arnold in Crottendorf, Dr. Risse in Klotzsche bei Dresden.

Königreich Württemberg.

Ernannt: Prof. Dr. Ellinger in Königsberg i. Pr. zum ordentlichen Professor und Direktor des pharmazeutischen Universitätsinstituts in Tübingen, Privatdozent Dr. Harms in Tübingen zum außerordentlichen Professor.

Gestorben: Oberamtsarzt a. D. Med.-Rat Dr. Zeller in Ludwigsburg, Dr. Frohmaier aus Neuenstein in Tübingen.

Grossherzogtum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Hofrat: dem Prof. Dr. Straub in Freiburg i. Br.

Ernannt: Bezirksassistenzarzt Dr. Schäfer in Pforzheim zum Bezirksarzt in Triberg.

Gestorben: Dr. Hermann Mayr in Heidelberg.

Reichsland Elsass-Lothringen.

Gestorben: Dr. Schiemer in Mühlhausen i. Els., Dr. H. Schulze, Abteilungsarzt an der Irrenanstalt in Hoerdt (Unterelsaß).

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Ernannt: Die Aerzte Dr. Barfurth und Dr. C. Elchlepp zu ärztlichen Hilfsarbeitern des Medizinalkollegiums in Hamburg.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **C. F. Boehringer & Söhne, Mannheim-Waldhof** über „FILMARON“ bei, worauf wir noch besonders hinweisen.

---

27. Jahrg. | 1914

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt
für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 15.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Aug.

Tod durch Betriebsunfall oder durch die Folgen eines Vergehens gegen § 175 des Strafgesetzbuches?

Von Landesmedizinalrat Prof. Dr. **Knepper**-Düsseldorf.

Aus dem reichhaltigen Aktenmateriale der Rheinischen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft gelang es mir, einen Fall schon älteren Datums ganz eigentümlicher Art herauszufinden; er wird wohl nicht leicht in den Annalen der Unfallmedizin ein Seitenstück haben. Da er ein außerordentliches Interesse in gerichtlich-medizinischer Hinsicht bietet, so glaube ich, ihn dem Leserkreise der „Zeitschrift für Medizinalbeamte" nicht vorenthalten zu dürfen. Jedenfalls ist er meines Erachtens sehr geeignet, dem Gerichtsarzte einige Stützpunkte zu bieten für ähnlich liegende Fälle, die, wenn auch in gleich grauenvoller Art äußerst selten vorkommend, doch hin und wieder Gegenstand strafrechtlicher Begutachtung geworden sind und in Zukunft noch werden können. Sehr instruktiv ist jedenfalls das Gutachten des zugezogenen Departementstierarztes, wenngleich den Schlußfolgerungen dieses Sachverständigen meiner Ansicht nach nicht ohne weiteres in

allen Stücken beizupflichten sein dürfte. Einige kritische Bemerkungen über die rechtliche Seite dieses Falles werde ich mir am Schlusse gestatten.

Es handelte sich um eine letal endende Perforation des Mastdarmes infolge Eindringens eines Stierpenis in den After eines 44 Jahre alten Mannes, des am 1. Mai 1853 geborenen Ackerers M. B. aus L. Dieser erlitt angeblich am 28. Dezember 1897 einen Unfall, den seine Ehefrau in der Unfallanzeige vom 28. Dezember 1897 wie folgt schildert:

„Der Zuchtstier hatte sich im Stalle von der Kette losgemacht. Mein Mann wollte denselben befestigen, er ist hierbei aber ausgeglitten und zu Fall gekommen, dabei mit dem Unterleibe auf eine im Stalle stehende hölzerne Bütte (Futterkübel) gefallen und hat sich die vorseitig angegebene Verletzung (innere Verletzung im Unterleibe: Axendrehung der Därme) zugezogen.“

Das Verfahren der Berufsgenossenschaft ruhte zunächst, weil, wie später noch ausgeführt wird, von seiten der Klinik zu B. wegen der Eigenart der festgestellten Verletzung, eine Anzeige an die Staatsanwaltschaft ergangen und von dieser das Vorverfahren eröffnet worden war, dessen Ausgang erst abgewartet werden sollte. Erst lange Zeit nach Einstellung des Verfahrens seitens der Staatsanwaltschaft machte die Frau B. am 30. Juli 1898 Hinterbliebenenansprüche geltend, da ihr Mann am 31. Dezember 1897 infolge des Unfalles gestorben sei.

In der am 15. August 1898 aufgenommenen polizeilichen Untersuchungsverhandlung schilderte die Mutter des B. den Unfall wie folgt:

„Der Unfall ereignete sich in meinem Betriebe. Der Verstorbene wollte, wie gewöhnlich, das Vieh füttern, als der ca. 2jährige Stier sich von der Kette losgerissen haben muß und ihn mit dem Bauche auf das Futterfaß geworfen hat. Gesehen habe ich den Unfall nicht, doch war ich die erste, welche das Jammern meines Sohnes im Stalle vernahm. Als ich hinzukam, ließ der Stier von ihm ab und ich machte dann das wilde Tier allein fest. Mein Sohn krümmte sich vor Schmerzen und sagte: „Ich muß sterben.“

Der Unfall hätte vermieden werden können, wenn die Befestigung des Stieres früher nachgesehen worden wäre. Der Verletzte ist gestorben. An dem Unfalle ist keiner Schuld.“

Der bei der Vernehmung anwesende Vertrauensmann der Berufsgenossenschaft hielt einen Betriebsunfall für zweifellos vorliegend; näheres über den Unfall war ihm aber nicht bekannt.

Sofort nach dem angeblichen Unfalle war Herr Dr. B. aus U. hinzugerufen worden. Dieser bekundete unterm 5. August 1898 über den beim ersten Besuch, also am 28. Dezember 1897 festgestellten Befund folgendes:

„Der Verletzte gab an, im Stalle beim Vieh gearbeitet zu haben, wobei er durch einen frei gewordenen Stier ins Gedränge geraten sei. Er sei dann gefallen. Näheres wollte er nicht angeben können. Gleich darauf habe er starke Schmerzen im Unterleibe bekommen; es habe sich Erbrechen eingestellt.

Der Patient saß bei meiner Ankunft im Bette, sich krümmend vor Schmerzen; während meiner Anwesenheit erfolgte mehrere Male Erbrechen. Druck auf den Unterleib war sehr schmerzhaft. Aeußerlich war keine Verletzung wahrzunehmen, so daß ich die Diagnose auf innere Verletzungen und beginnende Bauchfellentzündung stellte. B. wurde sofort nach der Klinik in

B. überführt, wo er am 31. Dezember 1898 starb. Die Obduktion der Leiche ergab: Bauchfellentzündung infolge von Darmperforation."

In der Klinik hatte B. bei der Aufnahme in Gegenwart von zwei Begleitern geäußert, er sei mit dem Leibe auf eine „Bütte" gefallen. Allein befragt, gab B. jedoch an, im Stalle sei ein junger Stier los gewesen, er selbst habe zerrissene Hosen angehabt und da habe ihm der Stier von hinten etwas getan. Auf weiteres Befragen erklärte er dann, der Penis des Stieres sei ihm in den After gedrungen, und er habe gleich darauf heftige Schmerzen im Leibe gehabt. B. beteuerte mehrmals, es sei genau so, wie er es jetzt schildere, der Fall gewesen.

Nach vorübergehender Besserung traten in der Klinik heftiges Kotbrechen, Kollaps, Zeichen schwerster Peritonitis ein und B. starb am 31. Dezember 1897.

Der Sektionsbefund lautete (soweit die Organe der Bauchhöhle in Frage kommen):

„In der Bauchhöhle ca. 1/2 Liter schmutzige, graugrüne, fäkulent riechende Flüssigkeit. Därme mit fibrinös-eitrigem Belage versehen und vielfach miteinander verklebt. Im Rectum, 15 cm oberhalb der Analöffnung (After), eine Perforationsöffnung von der Größe eines Pfennigstückes Die Ränder derselben schmutzig-grünlich gefärbt, etwas fetzig. Die Schleimhaut in der Umgebung der Oeffnung völlig normal, ebenso im übrigen Darmkanale. An den anderen Organen der Bauchhöhle keine nennenswerte Veränderungen. Zeichen äußerer Gewalteinwirkungen an der Leiche nicht vorhanden. Aeußere Analöffnung nicht verletzt."

Der Oberarzt der Klinik, Herr Dr. P., teilte der Berufsgenossenschaft unterm 11. Januar 1898 auf Befragen mit, daß nach dem, was ihm vom Patienten privatim mitgeteilt worden sei, von einem Unfalle wohl nicht die Rede sein könne. Es sei nicht auszuschließen, daß B. sich den Penis des Stieres in den After eingeführt habe, der dann durch die plötzliche Erektion das Rectum durchstoßen habe. Auch könne ein anderer Gegenstand ins Rectum eingeführt worden sein, entweder von B. selbst oder auch von anderer Seite. Da auch die Aussagen von Landsleuten des B. diese Vermutung aufkommen ließen, so war von der Klinik aus Anzeige an die Kgl. Staatsanwaltschaft erstattet worden, die, wie oben bereits bemerkt, die Untersuchung über die Todesursache einleitete. Mit Rücksicht auf das Ergebnis der Voruntersuchung, insbesondere der Aussagen der eidlich vernommenen Begleiter auf dem Transporte und anderer Zeugen wurde indes das Verfahren wieder eingestellt. Es liege ein Unglücksfall vor; die Schuld eines Dritten sei jedenfalls ausgeschlossen.

Bemerkt werden muß noch, daß die Frau des B. schwer hysterisch und das aus der Ehe stammende Kind geistig und körperlich zurückgeblieben war.

Die Berufsgenossenschaft lehnte zunächst durch Bescheid vom 10. September 1898 den Anspruch der Witwe ab mit der Begründung, daß ein landwirtschaftlicher Betriebsunfall nicht vorliege.

Gegen den abweisenden Bescheid der Berufsgenossenschaft legte die Frau Berufung ein mit der Behauptung, ein landwirtschaftlicher Betriebsunfall liege zweifellos vor, die Berufsgenossenschaft sei daher entschädigungspflichtig.

Seitens des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung in C. wurde nunmehr der Oberarzt der Klinik in B., Dr. P., eidlich vernommen. Seine Aussage lautete wörtlich:

„Ich halte es für unmöglich, daß die durch die Sektion erwiesene Verletzung des B. durch die angegebene Ursache (Verletzung des Bauches durch Fall auf eine Bütte oder eine ähnliche), den Bauch treffende stumpfe Gewalt, hervorgerufen sein kann, da der an einer kleinen Stelle durchbohrte Mastdarm innerhalb des Beckenraumes belegen und das Becken selbst völlig unverletzt geblieben ist, wie auch an den Weichteilen der Bauchwand keinerlei Druckmerkmale zu finden waren. Da die Umgebung des Afters sowie der Eingang desselben sowohl von dem behandelnden Arzte, als auch von dem sezierenden Arzte völlig unverletzt vorgefunden wurde, so kann ich die von dem Verstorbenen mir persönlich gemachten Angaben, daß ihm der Geschlechtsteil des Stieres von hintenher verletzt habe, nur dahin auslegen, daß der Penis des Stieres in den After des Mannes eingedrungen und durch eine eingetretene Erektion den Mastdarm so hoch über seinem Eingang verletzt haben könnte. Ich halte es für ausgeschlossen, daß ohne eine gewisse dem Penis gegebene Direktion, der Stier ohne äußere Verletzung den After in seiner geschlechtlichen Aufregung hätte finden können. Der nicht in Erektion befindliche Penis eines Stieres kann aber eine derartige Verletzung nicht hervorrufen. Meine in dem Schreiben an die Staatsanwaltschaft vom 3. Januar 1898 gemachten Angaben halte ich aufrecht. Zusätzlich bemerke ich noch: Der Penis des Stieres hätte nicht nur die Gegend des Afters finden müssen, sondern auch genau die Richtung seines Verlaufes innehalten müssen, um eine Durchbohrung an der angegebenen Stelle verursachen zu können."

Die Berufsgenossenschaft hatte noch ein Gutachten des Departements-Tierarztes Dr. Sch. aus D. eingefordert, das (nach Weglassen der Wiedergabe der Vorgeschichte) folgendermaßen lautete:

„Zur Beurteilung des Falles dürfte zunächst festzustellen sein, ob es überhaupt vorkommt, daß ein Stier einen derartigen Angriff auf einen Menschen ausführt.

Wer Gelegenheit hat, junge Stiere zu beobachten, wird häufig gesehen haben, daß dieselben in geschlechtlichem Reizzustande auf ihren Geschlechtsgenossen, auf anderen Tieren und selbst auf leblosen Gegenständen zu „reiten" versuchen. Daß dieselben auch gegen in ihrer Nähe befindliche Menschen anspringen, ist häufig zu beobachten. Ich selbst habe bei Gelegenheit der Stierkörungen wiederholt gesehen, daß Stiere mit den Vorderbeinen auf die Schultern von Menschen aufsprangen und daß dabei Erektion und Ausschachten des Penis vorhanden war.

Aehnliches wird auch bei anderen Tieren, sogar bei Hengsten beobachtet. Daß Hunde durch Reiten auf anderen Tieren und durch Umklammern des menschlichen Beines häufig ihren Geschlechtstrieb zu befriedigen versuchen, ist eine bekannte Tatsache.

Für den vorliegenden Fall dürfte sodann die Frage zu beantworten sein, ob der Penis des Stieres infolge seines anatomischen Befundes geeignet ist, in den After des Menschen einzudringen. Diese Frage ist zu bejahen. Der Penis des Stieres ist lang, dünn; es fehlt ihm die Eichel an seinem vorderen Ende und statt dessen verjüngt er sich zu einer Spitze von der Dicke eines kleinen Fingers. Auch bei der Erektion tritt keine wesentliche Verdickung ein. Die dabei eintretende Verlängerung wird hauptsächlich durch die Streckung der über und hinter dem Hodensacke befindlichen Sförmigen Krümmung herbeigeführt. Daß ein derartig beschaffenes Glied geeignet ist, in den menschlichen After einzudringen, dürfte somit keinem Zweifel unter-

liegen, vorausgesetzt, daß keine hindernden Kleider im Wege sind, und daß der Körper des angegriffenen Menschen sich in entsprechender Lage befindet. Diese beiden Voraussetzungen scheinen im vorliegenden Falle erfüllt gewesen zu sein, denn B. soll zerrissene Hosen angehabt haben und soll beim Falle mit dem Bauche auf eine Bütte zu liegen gekommen sein.

Wenn man auch das absichtliche Aufsuchen des Afters von seiten des Stieres ausschließen muß, so muß doch anderseits unter den obwaltenden Umständen die Möglichkeit zufälligen Eindringens des Penis in denselben zugegeben werden.

Daß der gewaltsam in den After eines Menschen eingeführte Penis des Stieres die Mastdarmwand zu durchbohren imstande ist, glaube ich daraus schließen zu dürfen, daß bei Kühen nach der Begattung infolge sogenannten Ueberspringens, d. i. Eindringens des Penis in den After statt in die Scheide Mastdarmperforationen beobachtet werden. Der Mastdarm ist aber bei der Kuh zweifellos derber und widerstandsfähiger, als beim Menschen.

Es erscheint die Durchbohrung der Mastdarmwand auch leicht erklärlich, wenn man die Art und Weise, wie der Stier in seiner geschlechtlichen Erregung vorgeht, in Betracht zieht.

Derselbe erledigt in ungestümer Weise sein Geschäft in kurzer Zeit durch einen kräftigen Stoß, dem meist nur ein einmaliges Nachschieben folgt. Es erscheint nun ganz natürlich, daß, wenn das Tier seinen gesteiften Penis mit der ganzen Wucht seines Hinterteils durch einen unglücklichen Zufall in den After eines Menschen hineinstößt, und daß, wenn dieses Glied anstatt in den freien Raum des Rektums gegen die Wand desselben gestoßen wird, eine Durchbohrung des letzteren sehr leicht eintreten kann, ja, fast stets eintreten muß. Die tierärztliche Erfahrung hat gelehrt, daß bei Ziegen durch den bedeutend mehr abgerundeten und stumpfen Penis des Mannes Perforationen der Scheide- und Mastdarmwand zugleich hervorgerufen worden sind.

Das Ungestüm des geschlechtlich erregten Stieres schließt aber auch die auf Blatt 1 der Akten des Vorverfahrens ausgesprochene Möglichkeit aus, daß B. den Penis des Stieres selbst eingeführt habe und daß die Erektion erst dann eingetreten sei. Um den Penis in dieser Weise dirigieren zu können, ist es zunächst nötig, daß derselbe ausgeschachtet, d. i. aus der Vorhaut hervorgetreten ist. Dieses geschieht aber nur bei geschlechtlicher Erregung und in diesem Zustande läßt der Stier den Menschen, der sich noch dazu in einer wenig geeigneten Bauchlage befinden müßte, keine Zeit zu derartigen Manipulationen, sondern er geht, sich mit dem Vorderteil erhebend, auf sein Ziel los und sucht für seinen Penis irgend eine Friktionsstelle.

Ich halte deshalb die Möglichkeit des Selbsteinführens des Penis für ausgeschlossen.

Nach diesen Erwägungen komme ich zu dem Gutachten, daß es sehr wohl möglich und wahrscheinlich ist, daß der Penis des Stieres ohne Zutun des B. in dessen After eingedrungen ist und die bei der Sektion vorgefundene Perforation der Mastdarmwand herbeigeführt hat."

Der Beisitzer des Schiedsgerichtes, Gutsbesitzer K.. Mitglied der Körkommission im Kreise S., trat auf Grund seiner langjährigen Beobachtung im landwirtschaftlichen Betriebe und bei der Stierkörung dem Gutachten des Departementstierarztes bei.

Das Schiedsgericht schloß sich ebenfalls diesem Gutachten an. Die Beisitzer waren der Ansicht, daß ein Mensch wohl nicht imstande sei, den Penis eines Stieres in den After einzuführen. Mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit habe sich der Unfall in der dem Dr. P. von dem verstorbenen B. geschilderten Weise wie folgt ereignet:

„Der Stier riß sich los, warf den mit Füttern des Viehes beschäftigten B. auf die Bütte und führte seinen Penis in den After und Mastdarm des B., der zerrissene Hosen anhatte, ein

und zwar ohne Zutun des letzteren. Durch die Erektion des Penis wurde die Durchbohrung des Mastdarmes und dadurch der Tod des B. herbeigeführt."

Da B. bei einer landwirtschaftlichen Tätigkeit verunglückt sei, so nahm das Schiedsgericht einen landwirtschaftlichen Betriebsunfall für vorliegend an und verurteilte die Berufsgenossenschaft zur Entschädigungsleistung bezw. zur Zahlung von Sterbegeld und Hinterbliebenenrente.

Die Berufsgenossenschaft gab sich mit dieser Entscheidung zufrieden, erkannte den Fall als entschädigungspflichtig an und zahlt heute noch Witwenrente.

Im Jahre 1904 erhielt die Berufsgenossenschaft von einem Ortseingesessenen aus L. eine Mitteilung, wonach die ganze Unfallgeschichte erschwindelt sei. Es solle eine Untersuchung des Falles veranlaßt werden; Schreiber wolle mit Beweisen dienen.

Auf die Eingabe wurde seitens der Berufsgenossenschaft nichts veranlaßt, weil ihr eine rechtliche Handhabe gegen die vor Jahren erfolgte Anerkennung als Betriebsunfall nicht mehr zur Verfügung stand, und sie daher ein Interesse an der Aufrollung der ganzen äußerst unerquicklichen Geschichte nicht hatte.

Und nun zur kritischen Würdigung der Sachlage: Heutzutage würde wohl meiner Ansicht nach in ähnlich liegenden Fällen die Berufsgenossenschaft sich kaum ohne weiteres bei dem Erkenntnisse der erstübergeordneten Instanz beruhigen, sondern höchstwahrscheinlich, und zwar mit Recht, die höchste Instanz anrufen. Weit mehr nämlich, wie das im Jahre 1897 war, hat die Erfahrung gezeigt, daß die Neigung der Leute, und nicht am wenigsten die der Landleute, die bei einer Berufsgenossenschaft gegen Unfälle im Betriebe versichert sind, in steigendem Maße dahingeht, alles das, was auch außerhalb der versicherten Betriebstätigkeit geschieht, wenn eben möglich, zu einem Betriebsunfalle zu „frisieren". Verletzungen bei Raufereien, bei Wirtshausschlägereien, Unfälle beim Wildern, auf verbotenen Liebeswegen, in der Trunksucht, Unglücksfälle bei Gelegenheit häuslicher Verrichtungen und Szenen werden als Betriebsunfälle angemeldet und durch alle Instanzen, oft unter Beibringung eines großen Zeugenapparates, durchgefochten und zwar vielfach mit gutem Erfolge. Die betreffende Berufsgenossenschaft kann eben in der Regel, mangels einwandfreier Zeugen und anderer Umstände, schwer einen vollgültigen Gegenbeweis erbringen, wenn auch die ganze Schilderung der Sachlage bisweilen sehr verdächtiger Art ist. Die Rechtsprechung der Instanzen in der Arbeiterversicherung ist bekanntlich für den Schwächeren — d. h. für den Versicherten — eine sehr wohlwollende. Ein strikter Beweis für die Behauptung des Versicherten ist nicht stets erforderlich, sondern eine mehr oder weniger große Wahrscheinlichkeit eines Beweises genügt durchwegs zur Anerkennung der betreffenden Forderungen. Dabei

ist bekanntlich die Auslegung des Begriffes der Wahrscheinlichkeit sehr individueller Art; die Grenzen zwischen bloßer Möglichkeit und größerer Wahrscheinlichkeit sind jedoch manchmal sehr schwer zu ziehen, jedenfalls verwischen sie sich oft in dem Maße, daß das, was von der einen Partei als nicht ganz außer dem Bereiche der Möglichkeit liegend angesehen wird, von der anderen Partei als mit äußerster Wahrscheinlichkeit bewiesen behauptet wird. Die milden Unfallrichter aber — und zwar besonders die Laien unter ihnen — lassen sich dazu noch sehr oft in leicht erklärlicher Weise, gerührt durch das Mitleid, mit den meistens sehr übertriebenen Klagen des angeblich Verletzten oder mit der tatsächlich oft bestehenden großen Not und dem Elende der Hinterbliebenen in ihrem Urteile leicht beeinflussen, so daß hierdurch die Sachlage noch mehr zuungunsten der Berufsgenossenschaft verschoben wird und so muß diese dann oft für Schäden büßen, zu deren Anerkennung als Betriebsunfall sie gegen ihre Ueberzeugung gezwungen ist. Jedenfalls ist durch die Erfahrung über das Vorkommen mancher Fälle von Betrug und Uebertreibung, von fälschlicher Geltendmachung andersartig erworbener Leiden, als entschädigungspflichtige Unfälle, die heutzutage bestehende Neigung der Berufsgenossenschaften erklärlich, in allen zweifelhaften Fällen sich bis an die höchste Instanz zu wenden und so ihrerseits wenigstens alles zu versuchen, ungerechtfertigte Ansprüche abzuweisen, eine Neigung, die im Jahre 1897 noch nicht in demselben Maße bestand.

Im vorliegenden Falle waren die als Betriebsunfall angeschuldigten Vorgänge im Stalle offenbar nicht einwandfrei zu klären: Die Angaben der Ehefrau in der Unfallanzeige vom 28. Dezember 1897, die jedenfalls bone fide erfolgten, waren in Wirklichkeit nicht zutreffend, sondern daß tatsächlich durch die Vis in Venerem ruentis tauri die Perforation des Mastdarmes und dadurch der Exitus letalis herbeigeführt wurde, dürfte wohl über allen Zweifel erhaben sein. Dies wurde auch wahrscheinlich von der Staatsanwaltschaft angenommen, die nur das Fehlen der Schuld eines Dritten als ausgeschlossen erachtete, der es aber schließlich nach dem Tode des B. gleichgültig sein konnte, ob Unfall oder Vergehen des B. selbst gegen den § 175 des Strafgesetzbuches vorlag. Auch der Denunziant, der sich 5 Jahre später meldete, wird kaum Augenzeuge des Vorganges selbst gewesen sein. Vom gerichtsärztlichen Standtpunkte aus ist es allerdings sehr zu bedauern, daß er sich nicht früher meldete, etwa zu einer Zeit, in der die Berufsgenossenschaft noch nicht rechtskräftig gebunden war, die Rente zu zahlen und daher ein Interesse daran gehabt hätte, seinen Angaben näherzutreten.

Wenn man nun berücksichtigt, wie viele Zufälligkeiten zusammentreffen mußten, daß der Vorgang sich so abspielen konnte, wie der sachverständige Tierarzt annahm, daß nämlich zunächst die Hosen des Mannes in ausgiebigster Weise gerade

an der betreffenden Stelle zerrissen waren, daß ferner der Verstorbene, der doch bei dem Versuche, den Stier anzubinden, diesem mit dem Gesichte zugekehrt war, durch den Anprall des Stieres umgedreht und dann tatsächlich mit seiner Vorderseite in der Weise über die Bütte im Stalle geworfen wurde, daß das Gesicht und der Oberkörper tief, das Gesäß aber hoch zu liegen kam und daß endlich das leidenschaftlich erregte Tier ohne weiteres gerade den Eingang zum Anus fand, ohne an anderer Stelle namentlich in der Umgebung des Afters Verletzungen hervorzurufen, so wird man vom Standpunkte des Kritikers aus sagen müssen, daß eine entfernte Möglichkeit des Zusammentreffens aller dieser Zufälle zwar nicht abzustreiten ist, daß aber der Sachverständige in seinen, wie ich nochmals hervorheben möchte, für den Gerichtsarzt an und für sich hochinteressanten und instruktiven Ausführungen entschieden zu weit ging, wenn er diese nur entfernte Möglichkeit zur Wahrscheinlichkeit erhob. Jedenfalls war das Betonen der Wahrscheinlichkeit in letzter Linie maßgebend sowohl für die Anerkennung des Todes als entschädigungspflichtiger Unfall von seiten des Schiedsgerichtes, wie auch für die Beruhigung der Berufsgenossenschaft bei dem erstinstanzlichen Urteile. Ich glaube ferner noch darauf hinweisen zu müssen, daß die Schlußfolgerungen des Sachverständigen in manchen Punkten auf den Angaben des todkranken B. und seiner Angehörigen, die doch nicht beim Vorgange zugegen waren, beruhten. B. hätte jedenfalls, selbst wenn die Verletzung tatsächlich die Folge eines mißglückten Vergehens gegen § 175 des Strafgesetzbuches gewesen wäre, doch ein sehr großes Interesse daran gehabt, diesen Umstand nach Möglichkeit zu verheimlichen, ein Interesse, das bei seinen Hinterbliebenen womöglich noch in höherem Grade bestand, da es ja galt, das Andenken des Verstorbenen hochzuhalten und zugleich einen pekuniären Vorteil zu erreichen.

Die Angelegenheit an und für sich ist ja nun vor längeren Jahren entschieden und zwar ist sie, der wohlwollenden Rechtsprechung der Arbeiterversicherungsgesetzgebung entsprechend, als entschädigungspflichtiger Betriebsunfall festgelegt; vom rein menschlichen Standpunkte aus kann man auch mit dieser Regelung wohl zufrieden sein, allein schon aus dem Grunde, weil den dürftigen und kranken Hinterbliebenen durch die Zahlung der Rente über die größte Not hinweggeholfen wurde. Wenn ich einige Punkte des, wie ich nochmals betonen möchte, an und für sich höchst interessanten Sachverständigengutachtens als nicht meiner Auffassung entsprechend, kritisierte, so geschah dies einzig und allein aus dem Grunde, um dem Leserkreise dieser nur für Sachverständige bestimmten Zeitschrift die Zweifel, die sich mir durch die in meiner jahrelangen ausschließlichen Sachverständigentätigkeit erworbene Erfahrung aufdrängten, nicht vorzuenthalten.

Selbstmordversuch. Ein Einschuss und zwei Kugeln im Schädel.

Von Med.-Rat. Dr. **Becker**, Kreisarzt in Hildesheim.

Ein Schwindsüchtiger kaufte sich einen billigen, schlechten Revolver und versuchte zunächst in den Stadtwiesen, ihn zu erproben, indem er einen Schuß in die Luft feuerte. Dann ging er weiter zu den Wallanlagen und brachte sich einen Schuß in die rechte Schläfe bei. In der Nähe befindliche Personen haben nur einen Schuß gehört und brachten den Verletzten in das städtische Krankenhaus. Die Untersuchung des Revolvers ergab, daß zwei Patronen abgeschossen waren.

In der rechten Schläfe fand sich eine mit Pulverschmauch verunreinigte, etwa 8—9 mm im Durchmesser messende Einschußöffnung mit zerfetzten Rändern. Die Umgebung der Wunde war gerötet und geschwollen; auf Druck entleerte sich Blut. Eine Ausschußöffung fehlte. Auch im Munde keine Verletzungen. Der Verletzte war ein wenig benommen und apathisch; irgendwelche Lähmungserscheinungen fehlten. Die Wunde wurde mit Jodtinktur angestrichen und ein Verband angelegt.

Als nach einigen Tagen Röntgenbilder aufgenommen wurden, eins im Profil und das andere in der Richtung von vorn nach hinten, ließen sich auf beiden Platten zwei wenig deformierte Projektile feststellen. Das eine lag oberhalb der Schädelbasis in der Gegend der Sella turcica, und zwar in der linken Schädelhälfte. das andere in der rechten Oberkieferhöhle.

Wie ist dies zu erklären?

Daß der Mann zwei Schüsse in die rechte Schläfe abgefeuert und dabei zufällig dieselbe Einschußöffnung getroffen hat, ist ausgeschlossen. Abgesehen davon, daß seine eigenen und der Zeugen Abgaben dagegen sprechen, müßte man auch unbedingt erwarten, daß die Einschußöffnung beim zweiten Schuß erheblich weiter aufgerissen sein würde, um so mehr, als die beiden gleich großen, etwa 9 mm im Durchmesser haltenden Projektile in ganz divergenten Flugbahnen den Schädel durchquert haben und weit von einander entfernt liegen geblieben sind. Die Einschußöffnung war, wie gesagt so groß, wie die Kugel.

Eine andere Möglichkeit wäre die, daß der Mann schon früher einmal einen Erschießungsversuch gemacht hatte. Das wurde von ihm entschieden in Abrede gestellt.

So bleibt nur eine dritte Erklärungsmöglichkeit übrig: Bei dem ersten Probeschuß in die Luft ist die Kugel im Laufe, wahrscheinlich dicht an der Mündung stecken geblieben. Beim zweiten Schuß, der in die Schläfe abgefeuert wurde, traf die zweite Kugel auf die erste und jagte sie vor sich her. Da die erste Kugel nicht die Direktion des Laufes mehr hatte, so wich sie stark ab und blieb in der rechten Oberkieferhöhle liegen, während die hintere Kugel in querer Richtung das Gehirn durchflog, aber durch die vordere Kugel in ihrer Wirkung ab-

geschwächt wurde. Sie überschritt nur etwas die Mittellinie und erreichte die gegenüber liegende Schädelwand nicht. —

Ich kann mir denken, daß die Erinnerung an dieses Kuriosum gelegentlich in forensischen Fällen für den Gerichtsarzt von Wert sein kann.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Säuglingsfürsorge.

Die Kindersterblichkeit in den ersten vier Lebenswochen. Von Prof. Wallich in Paris. Revue d'Hygiène et de police Sanitaire; 1913, Bd. 35, Nr. 9.

Die Sterblichkeit im ersten Lebensmonat übersteigt diejenige der übrigen Monate des ersten Lebensjahres so erheblich, daß gerade in dem ersten Monat besonders Schädigungen zur Geltung kommen müssen, die das kindliche Leben bedrohen. Wird die Kindersterblichkeit des ersten Lebensmonates noch weiterhin nach einzelnen Wochen zergliedert, so fällt auf, daß die erste und die dritte Lebenswoche die Sterblichkeit der beiden anderen Wochen des ersten Lebensmonates weit überragen.

Als eine wesentliche Ursache der großen Sterblichkeit im ersten Lebensmonat ist die unvollständige Reife des Kindes anzusehen. Die Frühgeburten liefern ein großes Kontingent zu der Schar der Todesfälle im ersten Lebensmonat. Weiterhin wirken nachteilig die Verletzungen des Geburtsaktes, ferner die Darmkatarrhe und die sozialen Verhältnisse, insbesondere die Trennung des Kindes von der Mutter. Die Bekämpfung der hohen Kindersterblichkeit hat sich daher nach verschiedenen Richtungen hin abzuspielen. Durch Schonung der schwangeren Frau in den letzten Monaten muß verhütet werden, daß nicht ausgetragene, wenig widerstandsfähige Kinder geboren werden. Der Schutz der Frau im letzten Schwangerschaftsmonat und im ersten Lebensmonat des Kindes ist die wichtigste soziale Aufgabe zur Bekämpfung der hohen Kindersterblichkeit.

Dr. Dohrn-Hannover.

Anleitung zur Herstellung der wichtigsten Nahrungsmischungen für den Säugling im Privathause. Von Prof. E. Müller und E. Schloß. Medizinische Klinik; 1914, Nr. 7.

Für die Behandlung gesunder und kranker Säuglinge kommen zurzeit in Betracht:

1. Milchverdünnungen mit Kohlehydratzusatz,
2. fettreiche, molkenarme Gemische nach Biedertschem Prinzip,
3. die Kellersche Malzsuppe,
4. die Buttermilch,
5. die Eiweißmilch.

Für die allgemeine Praxis empfiehlt sich als Standardnahrung eine Mischung:

1.—3. Monat: Milch 200, Sahne mit 20 % Fett 125, Zucker 35, Schleim aus 15 g Mondamin 675; 4.—6. Monat: Milch 300, Sahne mit 20 % Fett 125, Zucker 35—70, Schleim aus 15 g Mondamin 575; 7.—12. Monat: Milch 400, Sahne mit 20 % Fett 125, Zucker 35—70, Schleim aus 15 g Mondamin 475.

Wird diese Nahrung nicht vertragen, so ist die molken- und fettarme, aber kohlehydratreiche Kellersche Malzsuppe anzuwenden. Zur Herstellung wird ein graduiertes Mischgefäß von 1 Liter Inhalt bis zur Marke 330 mit roher Milch gefüllt. Vorher werden 50 g Weizenmehl mit 3/4 Liter Wasser 20 Min. aufgekocht; diese Abkochung wird ungemessen in das Gefäß gegossen. Es werden 100 g Löflunds Malzsuppenextrakt (nach Prof. Keller) und Wasser bis auf ein Liter (Marke 1000) hinzugefügt. Die Mischung wird auf 5 Flaschen verteilt und im Soxhletapparat 2—3 Minuten gekocht.

Zur Herstellung der in schweren Fällen anzuwendenden Eiweißmilch wird ein Liter Buttermilch mit einem Liter Wasser aufgekocht; Kochzeit 2 bis 3 Minuten. Dann wird diese Mischung stehen gelassen; nach etwa einer halben Stunde hat sich der Käse zu Boden gesenkt; darüber steht eine ziemlich

klare Molke. Es werden etwa 2/3 der gesamten Flüssigkeit vorsichtig abgegossen, der Rest gut umgerührt, in das Mischgefäß von 1 Liter gegossen und 125 g Sahne, die vorher aber kurz aufgekocht sein muß, hinzugefügt. Jetzt werden 30—50 g Nährzucker hinzu getan und das Ganze mit einem Teil der vorher abgegossenen Molke auf 1 Liter aufgefüllt.

In weitaus den meisten Fällen kann man ruhig mit 3 % Zusatz eines der Maltosepräparate (Nährzucker, Nährmaltose) beginnen und schon nach wenigen Tagen auf 5 % steigern. Dr. Wilcke-Konitz.

Die Stellung der Aerzte in der Säuglingsfürsorge. Von Prof. Dr. Salge-Straßburg. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1913, Nr. 5.

Die Tätigkeit des beamteten Arztes in der Säuglingsfürsorge. Von Hofrat Dr. Dörfler-Weißenburg (Bayern). Mutter und Kind; 1913, Nr. 1—2.

Salge kommt zu folgenden Schlußsätzen:

I. Die Beteiligung der Aerzte in ihrer Allgemeinheit an der Säuglingsfürsorge ist nicht nur wünschenswert, sondern durchaus notwendig. II. Das Interesse und Verständnis, das seitens der Aerzteschaft der Säuglingsfürsorge entgegengebracht wird, ist vielfach nicht genügend. Der Grund dafür ist zu suchen sowohl in der mangelhaften Ausbildung des Arztes in der Kinderheilkunde, wie in der ungenügenden Schulung des jungen Mediziners in sozialen Aufgaben des Standes. III. Abhilfe kann nur geschaffen werden durch ausreichenden Unterricht in Kinderheilkunde und sozialer Medizin auf den Universitäten und Nachweis der erworbenen Kenntnisse im Staatsexamen. Hier ist aber ein wirklich ausreichender Unterricht gemeint und eine ernst zu nehmende Prüfung, nicht auf dem Papier stehende Verlegenheitsschriften, die keine praktische Bedeutung haben. IV. Im Fortbildungswesen der Aerzte ist ein viel größeres Gewicht auf die Fragen der Kinderheilkunde und Säuglingsfürsorge zu legen, als es bisher geschehen ist. Hier muß mit bewußter Organisation vorgegangen werden. V. Die Mitwirkung der Aerzte in der Säuglingsfürsorge soll vergütet werden; jedoch ist von ihnen zu verlangen, daß sie Kenntnisse in Kinderheilkunde und in sozialer Medizin nachweisen können.

Dörfler macht folgende Vorschläge:

1. Ueberwachung jedes Neugeborenen bis zum Ende des ersten Lebensjahres durch 14 täglich zu wiederholende Besuche derselben; diese Besuche müssen von Personen ausgeführt werden, die eine gewisse Sachkenntnis in Säuglingspflege besitzen. 2. Gewinnung von geeigneten Persönlichkeiten, die ohne zu große Kosten jederzeit zur Verfügung stehen und unter steter Kontrolle gehalten werden können. 3. Anwendung aller Mittel, die imstande sind, das Verantwortlichkeitsgefühl der Mütter ihren Kindern gegenüber zu steigern. 4. Ueberwachung aller Maßnahmen durch den Amtsarzt oder sonst geeigneten Fürsorgearzt. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Säuglingsfürsorge im Großherzogtum Baden. Von Dr. Behrens-Karlsruhe. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1913, Nr. 5.

Die bisher eingeschlagenen Wege der Bestrebungen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, gemessen an den statistischen Ergebnissen des Landes und seiner einzelnen Teile, haben zu einem nachweisbaren Erfolg geführt. Die Sterbeprozente der in Fürsorge genommenen Kinder bleiben weit hinter denen der betreffenden Städte, Bezirke und des ganzen Landes zurück; besonders im heißen Sommer 1911 haben die Maßnahmen ihre Feuerprobe bestanden. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Säuglingsfürsorge in Kattowitz. Von Dr. Bruck. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1914, Nr. 2.

Die Organisation der Säuglingsfürsorge umfaßt a) als offene: 1. mit kleinen materiellen Mitteln arbeitend (Merkblätter, Belehrungskurse für Frauen und Mädchen aller Stände, ständige und gründliche Ausbildung der Hebammen), 2. Unterricht für Volksschülerinnen durch ihre Lehrerinen in der Säuglingspflege und Ernährung, 3. das Ziehkinderwesen, das alle unehelichen Kinder (ca. 500), mögen sie bei der Mutter, bei Verwandten oder Fremden untergebracht sein, mit in sich greift, ferner alle ehelichen Kinder, die gegen

Entgelt bei Dritten untergebracht sind. Die Fürsorge wird bis zum 14. Lebensjahre ausgedehnt und arbeitet Hand in Hand mit den Schulärzten, auch Schulzahnärzten, Schulhort und der Zentrale für Jugendfürsorge. Die Fürsorge wird mit gewissen Beschränkungen auch auf diejenigen Kinder der Krippe ausgedehnt, deren Mütter Stillprämien erhalten. In Vorbereitung befindet sich 4. die Organisation einer Mutterberatungsstelle für eheliche Kinder, die im April nächsten Jahres eröffnet werden soll. b) Die geschlossene Fürsorge umfaßt: 1. eine Säuglingsstation für kranke Kinder, 2. eine Tages- und Nachtkrippe, angegliedert an den privaten, von der Stadt subventionierten Kinderhort. Die Tätigkeit und Leistungen der städtischen Fürsorge bestehen: 1. in der Einrichtung der Berufsvormundschaft, die im April 1913 an Stelle der General-Vormundschaft eintrat, mit dem Bürgermeister als Vormund, 2. in der Ueberwachung durch besoldete Pflegerinnen und den Kinderarzt seit 1906, 3. in freier ärztlicher Behandlung und Arzenei durch den städtischen Säuglingsfürsorgearzt, 4. in der Gewährung von Stillprämien und 5. in der Lieferung von guter Vollmilch, bei Unbemittelten auf Kosten der Stadt.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Säuglingsfürsorge in Altona. Von Kreisassistenzarzt Dr. Kschischo-Danzig. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1913, Nr. 11—12.

Von der Wohnungsfrage allein ist kein Heil zu erwarten. Stillpropaganda und Aufklärung über Ernährung sind ebenso wichtig. Die statistische Feststellung der Altonaer Säuglingssterblichkeit hat nun ergeben, daß ein erfreuliches Absinken der Mortalitätskurven in den letzten Jahren zu beobachten ist. Es ist zweifellos, daß die Herabsetzung der Mortalität keine zufällige ist, sondern größtenteils den Fürsorgebestrebungen zu danken ist, die auch in Altona in ausgedehntem Maße wohl organisiert vorhanden sind. Allein die erfreuliche Herabsetzung der Mortalitätskurve der Unehelichen ist ein sichtbarer Ausdruck der Erfolge der Berufsvormundschaft. Die Fürsorge der Haltekinder übernimmt der Verein zum Schutze der Haltekinder; sie werden von besoldeten Waisenpflegerinnen überwacht, die der Aufsicht des Stadtarztes unterstehen. Es besteht ferner ein Netz von Säuglingsfürsorgestellen, Mutterberatungsstellen, Säuglingsmilchküchen und Krippen, die in ausgedehnter Weise praktische Säuglingsfürsorge treiben. Von besonderem Wert ist auch das einem gleichnamigen Verein gehörende Altonaer Kinderhospital, dessen stattlicher Neubau demnächst die Zahl der zur Verfügung stehenden Säuglingsbetten erheblich vermehren wird. Einer organisierten, auf breitester Grundlage sich aufbauenden Aufklärungsarbeit muß es vorbehalten bleiben, in die niederen Schichten des Volkes Stillpropaganda zu tragen und die falschen Anschauungen über Ernährung der Säuglinge, die größtenteils die Ursache der hohen Sterblichkeitsziffern letzten Endes bildet, zu beseitigen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Säuglingsfürsorge in Kiel. Von Dr. Hanssen. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1913, Nr. 3—4

In dieser ausführlichen Abhandlung, die wegen ihrer vielen Zahlenangaben und Tabellen im Original gelesen werden muß, gibt Verfasser einen Ueberblick über den Umfang der Säuglingssterblichkeit in Kiel, schildert die bisher ergriffenen Mittel gegen dieses Uebel und unterzieht die noch als wünschenswert erachteten Maßregeln einer Betrachtung. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Säuglingsfürsorge in Lübeck. Von Dr. Pauli. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1913, Nr. 10.

Die Fürsorgeeinrichtungen in Lübeck sind folgende: Staatliche Fürsorge. Aerztliche Ueberwachung aller Unehelichen in den Fürsorgestellen. Ueberwachung der Pflegestellen durch die Schwestern. Aufsuchen aller Unehelichen bald nach der Geburt, ermöglicht durch Meldung jeder Geburt, durch die Hebammen direkt an die Schwestern. Merkblätter an die Mütter, gegeben bei Anmeldung jeder Geburt auf dem Standesamt, mit Hinweis auf die Fürsorgestellen. Inniges Zusammenarbeiten der Fürsorgeärzte und des Jugendamts.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Krippenfürsorge in Hamburg. Von Physikus Dr. Sieveking. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1913, Nr. 10.

Der Verfasser zeigt an den Verhältnissen in Hamburg, welche Schwierigkeiten die so sehr zu wünschende Eingliederung der Krippen in die neuzeitliche Organisation der Säuglingsfürsorge macht. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Säuglingssterblichkeit und Säuglingspflege in England. Von H. A. Walter-London. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1914, Nr. 5.

Dr. Newsholme hat im Auftrage des Ministers John Burns den Umfang der Säuglingssterblichkeit in England und Wales untersucht. Unbestreitbar sind die Lebensverhältnisse in den Städten ungünstiger für den Säugling als die des Landes. Die Bewegung der Sterblichkeitsrate für England, Wales und London ist aus nachstehender Tabelle ersichtlich:

Jahresdurchschnitt der Sterblichkeit von Kindern unter 1 Jahre alt pro 1000 Geburten:

	1851 bis 1860	1861 bis 1870	1871 bis 1880	1881 bis 1890	1891 bis 1900	1901 bis 1910	1911	1912
England und Wales	154	154	149	142	153	127	130	95
London	155	162	158	152	159	126	129	90

Eine hohe Sterblichkeitsrate im ersten Jahre bringt auch eine hohe Rate während der folgenden vier Jahre der gleichen Altersklassen mit sich. Die Sterblichkeitsrate kann erheblich herabgedrückt werden, wenn geeignete Präventivmaßnahmen durchgeführt werden. Hierhin gehören besonders die Pflege der neugeborenen Kinder und die Aufbewahrung der Nahrungsmittel. Von schädlichem Einfluß ist die industrielle Beschäftigung der Mütter.

Die Geburtenziffer ist in 25 Jahren seit 1876 gefallen, aber die Sterblichkeitsrate weist keine Verminderung auf. Hieran trägt die Schuld die ungenügende Sanitation. Die Säuglingssterblichkeit ist in den ärmeren Klassen der Bevölkerung höher als in den wohlhabenderen; das liegt an der Ernährung, an der Pflege von Mutter und Kind, an den Reinlichkeitsverhältnissen usw.

Bei der unzweckmäßigen Ernährung wird besonders betont das Unterlassen des Selbststillens.

Die Sterblichkeitsrate im Jahre 1911 war in Newcastle:

bei der Ernährung mit Muttermilch . . . . 96 °/ooo
bei gemischter Nahrung . . . . 129 °/ooo
ausschließlich künstlicher Ernährung . . . . 183 °/ooo

Die Säuglingspflege soll nicht erst nach der Geburt des Kindes beginnen, sondern schon vor der Geburt muß die Mutter zweckmäßig ernährt werden; hierdurch wird die Fähigkeit des Stillens erheblich gesteigert.

Die Säuglinge müssen untersucht werden, ebenso die jungen Kinder; die Mütter müssen belehrt werden über Einzelheiten der Nahrung und der allgemeinen Hygiene. Das alles gehört zur Säuglingspflege.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Welche Gesichtspunkte sind bei der Einrichtung und den Betrieb einer Tagkrippe maßgebend? Von Prof. Dr. Brüning-Rostock. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1914, Nr. 2—3.

Die Tagkrippen entfalten eine segensreiche Tätigkeit insofern nämlich, als sie in den Rahmen der modernen Säuglings- und Kleinkinderfürsorgebestrebungen eingereiht, mit ihrer halbgeschlossenen Fürsorge (Freund) ein Mittelding bilden zwischen der reinen geschlossenen Anstaltsfürsorge durch Mütter- und Säuglingsheime und der offenen Fürsorge, wie sie in Mutterberatungs- und Säuglingsfürsorgestellen, sowie in der Kostkinderüberwachung durch berufliche Organe gerade auch bei uns in Deutschland zur Verhütung von Krankheiten erfolgreich ausgeübt wird. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Rostocker Kostkinder in den beiden ersten Jahren (1910/11) nach der Reorganisation des Kostkinderwesens. Von G. Römer-Leichlingen. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1914, Nr. 9.

Es läßt sich nicht verkennen, daß eine Besserung der hygienischen Versorgung der Kinder durch die ärztliche und berufspflegerische Ueberwachung im Hause der Kosteltern eingetreten ist. Verbesserungsbedürftig erscheint die Versorgung der jüngsten Kinder und besonders auch derjenigen, die krank und rekonvaleszent sind. Hier macht sich der Mangel einer geeigneten Anstalt (Säuglingsheim) und einer den modernen Ansprüchen genügenden Kinderabteilung im Universitätskrankenhaus bemerkbar. Auch dürfte es sich empfehlen, für die verstorbenen Rostocker Kostkinder die Obduktion obligatorisch zu machen, da nur auf diese Weise die Möglichkeit besteht, die wirklichen Todesursachen zu ergründen. Im übrigen muß aber auch an dieser Stelle wiederum betont werden, daß die Stadt Rostock in ganz Mecklenburg die einzige ist, die ein nach modernen Prinzipien eingerichtetes Kostkinderwesen besitzt.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Das Schicksal der unehelichen Kinder während der zwei ersten Lebensjahre. Von Dr. Baum-Düsseldorf. Konkordia; 1913, Nr. 17.

Der Verfasser bespricht die Verhältnisse aus einem Stadt- und Landkreis des Reg.-Bez. Düsseldorf. Da das uneheliche Kind immer in einer ungünstigen Lebenslage sich befindet, so ist zu empfehlen:

1. Legitimation durch nachfolgende Ehe der Eltern (§ 1719 B.G.B.).
2. Ehelichkeitserklärung seitens des unehelichen Vaters (§ 1723 B.G.B.).
3. Annahme an Kindes Statt durch Dritte (§ 1741 B.G.B.).

Vor allen Dingen ist ein Kinderfürsorgeamt mit gut ineinandergreifender Anstalts- und offener Fürsorge notwendig. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Besprechungen.

Dr J Bornträger, Reg.- und Geh. Med.-Rat in Düsseldorf: **Preussische Gebührenordnung für Aerzte und Zahnärzte.** III. wesentlich erweiterte und verbesserte Auflage. Würzburg 1913. Verlag von Curt Kabitzsch. 12°; 84 S. Preis: geb. 1,50 M.

In der neuen Ausgabe des Bornträgerschen Kommentars zur Gebührenordnung sind alle inzwischen eingegangenen Nachträge und gerichtlichen Entscheidungen an zutreffender Stelle berücksichtigt und die Erläuterungen auch sonst in zweckmäßiger Weise ergänzt, so daß er ebenso wie früher wieder als zuverlässiger Ratgeber in strittigen Fragen gelten und deshalb den beteiligten Kreisen empfohlen werden kann. Rpd.

Prof. Dr. Ziehen-Wiesbaden: **Anatomie des Zentralnervensystems.** Zweite Abteilung. **Mikroskopische Anatomie des Gehirns.** I. Teil. Mit 59 teilweise farbigen Abbildungen im Text. Jena 1913. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°; 338 S. Preis: 14 M.

Das vorliegende Werk bildet ein Teil (23. Lieferung) des von Prof. Dr. Kurt v. Bardeleben in Jena herausgegebenen großen Handbuchs der Anatomie des Menschen und speziell des vierten Bandes dieses Handbuches, der die Anatomie des Nervensystems behandelt. Bei seinem Studium frägt sich der Les r, worüber er mehr staunen soll, über die außerordentlichen Fortschritte, die gerade die mikroskopische Gehirnanatomie, vor nicht langer Zeit noch mehr oder weniger rein terra incognita, in den letzten Jahrzehnten gemacht hat, oder über den außerordentlichen Fleiß und die ungewöhnliche Sachkenntnis, mit dem hier der schwierige Stoff auf Grund eigener Forschungen und unter kritischer Verwertung die in einer Unmenge von Einzelabhandlungen usw. niedergelegten Forschungsergebnisse anderer Fachmänner bearbeitet ist. In den noch strittigen und ungeklärten Fragen hält Verfasser seine eigene Ansicht nicht zurück, sondern bringt diese in klarer und überzeugender Weise zum Ausdruck; seine Person tritt dadurch dem Leser näher, was in derartigen Handbüchern meist nicht der Fall zu sein pflegt, obwohl es ihnen zweifellos nur zum Nutzen gereicht. Daß der Inhalt des Werkes nach jeder Richtung

hin dem zeitigen Stande der Wissenschaft auf diesem Gebiete entspricht, ist bei dem Namen des Verfassers so selbstverständlich, daß es nicht noch besonders hervorgehoben zu werden braucht. Die Verlagsbuchhandlung hat sich die gute Ausstattung des Buches angelegen sein lassen, namentlich gilt dies in bezug auf die beigefügten Abbildungen, die zur Erläuterung des Textes unentbehrlich sind. Rpd.

Dr. med. H. Engel, Gerichtsarzt des Oberversicherungsamts Groß-Berlin: **Die Beurteilung von Unfallfolgen nach der Reichsversicherungsordnung.** Ein Lehrbuch für Aerzte. Berlin und Wien 1913. Verlag von Urban und Schwarzenberg. Gr. 8°; 639 S. Preis: 15 M., geb. 17 M.

Abgesehen von den 57 Seiten umfassenden ersten, die formell-juristische Seite der Unfallversicherung behandelnden Teiles, bringt der zweite Teil, der das „Materiell-Medizinische" umfaßt, hauptsächlich Gutachten, die von dem Verfasser in seiner Tätigkeit als Sachverständiger von dem Schiedsgericht erstattet sind. Ihre Auswahl ist sehr geschickt getroffen; sie enthalten außerdem vielfach wertvolle Erörterungen, anatomischen, physiologischen, klinischen und pathologisch-anatomischen Inhalts, so daß dadurch die im übrigen ziemlich kurz gehaltenen Ausführungen über die einzelnen Unfallfolgen und die dadurch bedingte Erwerbseinbuße entsprechend ergänzt werden. Für den Arzt und ärztlichen Sachverständigen haben diese Gutachten noch insofern besonderen Wert, als in ihnen auch die einschlägige Gesetzgebung berücksichtigt ist und sie vor allem erkennen lassen, auf Grund welcher Erwägungen die prozentuale Einschätzung der Erwerbseinbuße erfolgt ist, und zwar nicht bloß bei der ersten Rentenfestsetzung, sondern auch bei den späteren, durch die im Laufe der Jahre sich wieder steigende Erwerbsfähigkeit bedingten Rentenherabsetzungen. Neben den mitgeteilten Gutachten sind besonders wertvoll die Ausführungen des Verfassers über die bei den Untersuchungen der einzelnen Körperteile auf etwaige Unfallfolgen zu beachtenden Gesichtspunkte, um Irrtümer in der Beurteilung und Abschätzung des Schadens zu vermeiden; die hier gegebenen Winke beruhen auf eigenen langjährigen praktischen Erfahrungen und werden deshalb namentlich dem in der Begutachtung von Unfallverletzten weniger geübten Arzte von großem Nutzen sein. Auffallender Weise hat Verfasser die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes, soweit sie für die ärztliche Beurteilung der verschiedenen Unfallfolgen von grundlegender Bedeutung ist, nicht in dem Maße berücksichtigt, wie sie es in einem derartigen Buche verdient; es ist dies eine Lücke, durch deren Ausfüllung das Buch bei einer Neuauflage sicherlich an Wert gewinnen wird. Rpd.

Franz Kobler, Ob.-Reg.-Rat in München und **Dr. Miller**, Landgerichtsarzt in Bayreuth: **Leitfaden der Reichsversicherung für den behandelnden und begutachtenden Arzt.** München 1914. J. F. Lehmanns Verlag. Kl. 8°; 100 S. Preis: 1.50 M.

Ein im Auftrage des Königl. Bayerischen Staatsministeriums des Innern ausgearbeitetes Büchlein, daß in möglichst knapper und übersichtlicher Form alles das zusammenstellt, was jeder praktische Arzt von den Hauptgrundsätzen der R. V. O. wissen muß, und gleichzeitig eine sachverständige Anleitung für die ärztliche Begutachtung unter Hervorhebung aller für die versicherungsrechtliche Beurteilung wichtigen Gesichtspunkte gibt. Der erste Teil: „Die rechtlichen Grundlagen" ist von einem Verwaltungsbeamten, Ob.-Reg.-Rat Kobler, die zweite Teil: „Die versicherungsärztliche Untersuchung und Begutachtung" vom Landgerichtsarzt Dr. Miller verfaßt; in beiden Teilen ist der Stoff zweckmäßig in die drei Unterabschnitte: Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung getrennt; die Angestelltenversicherung ist nicht berücksichtigt. Nach einer Mitteilung in der Fachpresse hat die bayerische Regierung allen Aerzten ein Exemplar der Schrift unentgeltlich zustellen lassen, ein Verfahren, was sicherlich von den Aerzten freudig begrüßt ist und wesentlich dazu beitragen wird, sie mit den Vorschriften der R. V. O. ausreichend vertraut zu machen, wozu sich das kleine Büchlein in vorzüglicher Weise eignet. Rpd.

Dr. Heinrich Joachim, San.-Rat in Berlin und **Dr. Alfred Korn**, Justizrat und Rechtsanwalt am Kammergericht in Berlin: **Der Arzt in der Reichsversicherungsordnung. Seine Rechte und Pflichten.** Jena 1912. Verlag von G. Fischer. Gr. 8⁰; 172 S. Preis: 5 M., geb. 6 M.

Die vorliegende Schrift ist in erster Linie für den Gebrauch des praktischen Arztes und ärztlichen Sachverständigen bestimmt und infolge der systematischen Anordnung des Stoffes und der dazu gegebenen, auf reiche Erfahrung beruhende Erläuterungen so recht geeignet, ihm das Studium der immerhin schwierigen Materie der Reichsversicherungsordnung wesentlich zu erleichtern und ihn über alle seine Tätigkeit in Betracht kommenden Punkte genau zu unterrichten. Nach einem kurzen Abschnitt über die Vorbedingungen der ärztlichen Tätigkeit innerhalb der RVO folgt eine ausführliche Darstellung ihrer Grundzüge mit besonderer Berücksichtigung der ärztlichen Leistungen sowohl auf dem Gebiete der Kranken-, als der Invaliden-Hinterbliebenen- und Unfallversicherung, der sich dann eine Schilderung der Rechte und Pflichten des Arztes gegen die Versicherungsträger und Versicherten anschließt. Ein besonderer Abschnitt ist dem Honoraranspruch des Arztes gewidmet. Den Schluß bildet ein Abschnitt über die Standespflichten des Arztes sowohl im allgemeinen, als speziell gegen seine Kollegen und gegen die Versicherungsträger und die Versicherten. Die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen sind im Wortlaut wiedergegeben; auch die in Betracht kommende Rechtsprechung hat eine weitgehende Berücksichtigung erfahren. Rpd.

Hofrat Dr. H. Th. Soergel: Jahrbuch des Reichsversicherungsrechts. Jahrgang 1912. Rechtsprechung und Rechtslehre des Jahres 1912. Berlin, Stuttgart und Leipzig 1912. Verlag von W. Kohlhammer. Kl. 8⁰; 175 S. Preis: geb. 3 M.

Das in Verbindung mit Dr. Mentzel, Reg.-Rat im RVA. und Dr. Stöcker, Verwaltungsdirektor, herausgegebene Jahrbuch des Reichsversicherungsrechts bietet in einem handlichen Bande alles, was im Jahre 1912 die Rechtsprechung und die Rechtslehre zur Auslegung des Kranken-, Invaliden-Unfall- und Angestelltenversicherung sowie der dazu gehörigen Verordnungen beigetragen hat. Die Entscheidungen sind in kurzgefaßten klaren Auszügen im Anschlusse an die einzelnen Gesetzesparagraphen mitgeteilt. Dasselbe gilt betreffs der dazu in Fachblättern erschienenen Abhandlungen, soweit diese eine Beachtung verdienten. Das Jahrbuch gibt somit einen vollständigen Ueberblick über die Auslegung, die die erwähnten Gesetze im Jahre 1912 durch Rechtsprechung und Wissenschaft gefunden haben. Ein sehr eingehendes, alphabetisches Sachregister ermöglicht auch dem, der mit den einschlägigen Gesetzen weniger vertraut ist, ein rasches Auffinden der einzelnen Entscheidungen und Abhandlungen, die vielfach das Gebiet der ärztlichen Sachverständigentätigkeit berühren. Das Jahrbuch kann demnach auch den Aerzten als zuverlässiger Führer und Berater empfohlen werden. Rpd.

Dr. jur. Rudolf Schlottmann, Regierungsrat: **Das Einigungsabkommen zwischen Aerzten und Krankenkassen** nebst Ausführungsbestimmungen. Berlin 1914. Verlag von Franz Vahlen. Preis: geb. 1,50 M.

Es ist vielfach die Erfahrung gemacht worden, daß die Durchführung des sog. Berliner Abkommens vom 23. Dezember 1913 zwischen Aerzten und Krankenkassen mancherlei Schwierigkeiten begegnet; zum Teil liegt dies offenbar daran, daß die Beteiligten selbst noch nicht genügend darüber unterrichtet sind, welche Rechte einerseits eingeräumt, welche Verpflichtungen anderseits zu übernehmen sind. — Um das Verständnis in dieser etwas schwierigen Materie erleichtern zu helfen und damit auch auf einen Friedensschluß zwischen Aerzten und Krankenkassen, wo dieser noch fehlt hinwirken zu können, dazu wird die vorliegende Schrift, in objektiver Weise dargestellt, dienen können. Insbesondere ist das kleine, übersichtliche, mit Sachregister versehene Buch geeignet, den in Frage kommenden Behörden, die mit der Krankenkassenangelegenheit zu tun haben, Aufschluß zu geben. Dr. Solbrig-Königsberg.

Dr. Hoffmann, Wirkl. Geh. Ob.-Reg.-Rat in Berlin: **Krankenkassenbeamte.** Sonderabdruck aus der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung.

I. Jahrgang, Heft 8. Berlin 1913. Verlag von Julius Springer. Kl. 8°; 32 S. Preis: 0,60 M.

Aus dem Inhalt, der die rechtliche Frage der Anstellung von Kassenbeamten nach dem Krankenversicherungsgesetz betrifft, interessiert es die Leser dieser Zeitschrift wohl besonders, daß die Vertrauensärzte der größeren Kassen, selbst wenn sie auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung und Hinterbliebenenfürsorge angestellt sind, was an sich zulässig ist, damit nicht die Rechte und Pflichten der Staatsbeamten erhalten können.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Dr. med. S. N. Kreiss-Berlin: **Fortschritte der Hygiene in den Jahren 1888—1913.** Unter Mitwirkung von Prof. Dr. Grober-Jena, Dr. A. Keller-Berlin, Prof. Dr. Kemsies-Waidmannslust, Prof. Dr. Nietner und Prof. Dr. Sommerfeld-Berlin. Berlin 1914. Norddeutsche Verlagsgesellschaft. Kl. 8°, 304 S. Preis: 4 M.

Das Buch, zu dessen Herausgabe sich namhafte Autoritäten zusammengefunden haben, will auf wissenschaftlicher Grundlage, aber in populärer Form einen umfassenden Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der öffentlichen Gesundheitspflege und sozialen Hygiene geben und nicht nur dem Fachmann, sondern weitesten Kreisen, Behörden und Beamten, in deren Hände die Ausführung der bestehenden Fürsorgegesetze gelegt ist, als durchaus zuverlässiger Führer auf dem Gebiete der Volkshygiene dienen. Es will sowohl belehren, als anregen und gleichsam die Bestrebungen der sozialen Hygiene und öffentlichen Fürsorge zum Gemeingut des Volkes machen. Unter Einhalt dieser Gesichtspunkte sind die Säuglingsfürsorge (von Prof. Dr. A. Keller), die Schulgesundheitspflege (von Prof. Dr. F. Kemsies), die Gewerbehygiene (von Prof. Dr. Sommerfeld), das Krankenhauswesen (von Prof. Dr. Grober) und die Bekämpfung der Tuberkulose (von Prof. Dr. Nietner †) besprochen; weitere Publikationen über die wichtigen Gebiete der Seuchenbekämpfung, des Krankenkassen- und Versicherungswesens, der Wohnungs-, Nahrungs- und Kleidungshygiene usw. sollen sich anschließen. Daß die oben genannten Abhandlungen eine den Anforderungen der Wissenschaft entsprechende Bearbeitung erfahren haben, dafür bürgen die Namen der Verfasser. Rpd.

Dr. A. Pfeiffer, Geh. Med.-Rat in Wiesbaden: **Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene.** XXX. Jahrgang. Bericht für das Jahr 1912. Braunschweig 1913. Verlag von Friedrich Vieweg u. Sohn. Gr. 8°; 637 S. Preis: 19,50 M.

Der Jahresbericht bringt von neuem einen Beweis für den Fleiß und die Fähigkeit des Verfassers und seiner zahlreichen Mitarbeiter, das Wissenswerte und Wichtigere aus der Unmenge des zu verarbeitenden Materials herauszuschälen und in gedrängter, übersichtlicher Form eine Zusammenstellung der Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene zu geben, die es den beteiligten Kreisen ermöglicht, sich schnell über alle hierher gehörigen Fragen zu unterrichten. Der Bericht hat in diesem Jahre außerdem noch insofern eine Erweiterung erfahren, als zwei neue Kapitel: „Rassenhygiene“ und „Volksernährung“ hinzugefügt sind, die allen denen, die sich sozialhygienischen Bestrebungen aus freiem Antrieb widmen oder von Amts wegen widmen müssen, sehr willkommen sein dürften. Desgleichen ist der allgemeine Teil des Abschnitts: „Infektionskrankheiten“ durch ein Referat über die Fortschritte in der Vakzinations- und Serumtherapie und in der experimentellen Chemotherapie der Infektionskrankheiten zeitgemäß erweitert. Sonst ist die bewährte Einteilung des Stoffes nach den Einzelgebieten der Hygiene unverändert geblieben; der Raumersparnis wegen ist nur die benutzte Literatur am Ende jedes Abschnitts zusammengefaßt angegeben, eine Aenderung, die übrigens als Verbesserung anzusehen ist. Als zuverlässiges Nachschlagewerk ist der Jahresbericht nicht zu entbehren. In den meisten Fällen wird die von ihm gegebene Auskunft genügen; wo dies aber nicht der Fall ist, gibt er wenigstens die Quellen zur weiteren Information an. Rpd.

Prof. Dr. med. A. Grotjahn und **Stadtrat Dr. phil. F. Kriegel**-Berlin-Schoeneberg: **Jahresbericht über soziale Hygiene und Demographie und Medizinalstatistik.** XII. Band. Bericht über das Jahr 1912. Jena 1913. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°; 420 S. Preis: 15 M.

Die in den früheren Bänden beobachtete Anordnung des Stoffes: Chronik der sozialen Hygiene, Gesetzgebung des In- und Auslandes, Mitteilungen über Kongresse, Referate, über einzelne Gebiete der sozialen Hygiene und Demographie sowie Verzeichnis der im Berichtsjahre erschienenen einschlägigen Literatur ist auch in dem vorliegenden Bande beibehalten, da sie sich zweifellos bewährt hat und den Gebrauch des Jahresberichts, der auch diesmal wieder einen vollständigen Ueberblick über die Fortschritte und Leistungen auf diesem Gebiete gibt, namentlich als Nachschlagewerk wesentlich erleichtert.

Rpd.

Dr. H. A. Gins, wisssenschaftlicher Mitarbeiter am Königlichen Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" in Berlin: **A. Kussmauls zwanzig Briefe über Menschenpocken- und Kuhpockenimpfung.** Gemeinverständliche Darstellung der Impffrage. Mit einem Geleitwort von Ministerialdirektor Dr. Kirchner. Berlin 1914. Verlag von Richard Schoetz. Gr. 8°; 116 S. Preis: 1,60 M.

44 Jahre sind verflossen, seitdem Kußmaul diese Briefe zur Abwehr gegen die damaligen Angriffe der Impfgegner geschrieben und in der „Freiburger Zeitung" veröffentlicht hat. Die Agitation der Impfgegner scheint damals ebenso wie jetzt in der rücksichtslosesten Weise betrieben zu sein; sagt Kußmaul doch selbst in seinem Vorwort: „Durch massive Grobheit und persönlicher Injurien suchen sie das Feld allein zu behaupten und die anständigen Leute zur Diskussion zurückzuschrecken". Er selbst hat sich jedoch erfreulicherweise nicht davon zürückschrecken lassen, sondern sich als Arzt und Lehrer verpflichtet gefühlt, seinen Mitbürgern durch eine gemeinverständliche Darstellung sowohl über die wesentlichsten Punkte der Schutzpockenimpfung, als vor allem über ihre segensreiche Wirkung und über die Hinfälligkeit der dagegen erhobenen Einwände aufzuklären; er tut dies in den vorliegenden Briefen in so klarer und überzeugender Weise, daß deren neue Herausgabe nur mit Freuden begrüßt werden kann. In einem Nachwort gibt Dr. Gins dann gleichsam eine Ergänzung der Kußmaulschen Briefe, in der er an der Hand der Statistik die segensreiche Wirkung der Schutzpockenimpfung seit Inkrafttreten des Reichsimpfgesetzes in so schlagender Weise klarlegt, daß jeder unbefangene Mensch mit einigermaßen gesunden Sinnen von der Notwendigkeit der vollen Aufrechterhaltung und Durchführung des Impfgesetzes überzeugt sein muß. Deshalb ist den neuaufgelegten Briefen mit dem Nachwort des Verfassers nur die weiteste Verbreitung zu wünschen. Rpd.

Dr. Paul Michaelis-Duisburg: **Das Impfgesetz für das Deutsche Reich.** Leipzig 1914. Verlag von Philipp Reclam. Kl. 12°; 62 S. Preis: 20 Pfg., geb. 60 Pfg.

Das kleine Heft ist als Nummer 5648 in der bekannten Reclamschen Universal-Bibliothek erschienen und bringt nicht nur den Wortlaut des Impfgesetzes und der dazu erlassenen Ausführungsbestimmungen, sondern gibt auch sachgemäße Erläuterungen dazu und hebt vor allem in gemeinverständlicher Weise den großen Segen des Impfgesetzes und den durch die Impfung gewährleisteten Schutz gegen die Pocken hervor. Es ist deshalb nur zu wünschen, daß es eine ebensogroße Verbreitung im Publikum findet, als die bellestristischen Hefte der Recklamschen Universal-Bibliothek. Rpd.

Aerztliche Merkblätter über berufliche Vergiftungen. Aufgestellt und veröffentlicht von der Konferenz der Fabrikärzte der deutschen chemischen Großindustrie. Mit 6 Textfiguren und 2 farbigen Tafeln. Berlin 1913. Verlag von Jul. Springer. Gr. 8°; 32 S. Preis: 1,80 M.

Die Zusammenstellung dieser Merkblätter, die dazu bestimmt sind, dem Arzt sowohl ein Ratgeber für die rasche Diagnosenstellung zu sein, um dem erkrankten Arbeiter schnell helfen zu können, als ihm einen Anhalt für

die Bearbeitung der Vergiftungsfälle als statistisches Material zu geben, ist ein verdienstvolles Unternehmen, das zweifellos dazu beitragen wird, die Kenntnis der beruflichen Vergiftungen unter den Aerzten zu erweitern und damit die Gewerbehygiene zu fördern.

Die Merkblätter beziehen sich auf die Vergiftungen mit Blei, Phosphor und Phosphorwasserstoff, Arsenwasserstoff, Quecksilber, Benzol und Derivate, Phosphorgase, Chromate, nitrose Gase. Zu dem Merkblatt über Bleivergiftungen sind einige instruktive Abbildungen beigefügt. Außerdem sind in dem Heft noch zwei Merkblätter zur Belehrung der Arbeiter über den Zweck der ärztlichen Ueberwachung vorhanden, die dazu beitragen sollen, das oft beobachtete Mißtrauen der Arbeiter gegen die ärztlichen Untersuchungen zu beseitigen und an dessen Stelle die Ueberzeugung zu setzen, daß die Untersuchungen nur dem Wohle der Arbeiter dienen.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Prof. Dr. K. B. Lehmann, Direktor des hygienischen Instituts der Universität Würzburg: **Die Bedeutung der Chromate für die Gesundheit der Arbeiter.** Kritische experimentelle Untersuchungen. Mit 11 Textabbildungen. Berlin 1914. Verlag von Julius Springer. Gr. 8°; 119 S. Preis: 4 M.

In dieser auf Anregung des Instituts für Gewerbehygiene zu Frankfurt a. M. verfaßten Schrift gibt Verfasser im ersten Teil eine hystorisch-kritische Darstellung des bisherigen Wissens über die Wirkung kleiner Chromatdosen, um im zweiten Teil über eigene Beobachtungen und Versuche an Tieren zu berichten und im letzten Teil eigene Fabrikstudien zu bringen.

Aus den eigenen Schlußsätzen sei in Kürze folgendes angeführt, um zu zeigen, zu welchen Ergebnissen Lehmann kommt: Die Chromatschädigungen in Deutschlands Fabriken haben entschieden eine Verminderung, wahrscheinlich infolge der Reichsvorschriften erfahren. Nur in einzelnen Betrieben ist die Erkrankungsziffer noch eine größere. Die Gesundheitsstörungen werden in erster Linie durch das Manipulieren mit dem trockenen Material hervorgerufen. Da das Eindampfen der sauren Chromatlösungen meist sorgsam vorgenommen wird, droht hier wenig Gefahr. Wo noch Bichromat fein verteilt in die Luft geht, kommen Respirationskrankheiten und Influenza noch häufiger vor. Allgemeinerkrankungen durch Chromate kommen nicht zur Beobachtung. Bisweilen sind schwere Verbrennungen durch heiße Chromlauge vorgekommen, Chromatekzeme sind recht selten geworden. Die Perforation der Nasenscheidewand ist in einzelnen Fabriken fast unvermeidlich, in anderen beseitigt; das Leiden ist ohne ernsthaften bleibenden Nachteil.

Durch sorgfältige Beachtung der deutschen Reichsvorschriften und immer zunehmenden Ersatz der Menschenkraft durch Maschinen, durch gewissenhafte Anwendung von Ventilationseinrichtungen, durch strenge Reinlichkeit und häufige Kontrolle lassen sich die in einzelnen Betrieben noch häufigen, leichten Chromatstörungen in erheblichem Maße vermindern.

Dr. Solbrig-Königsberg.

Dr. H. Serger, staatlich approbierter Nahrungsmittelchemiker in Braunschweig: **Nahrungsmittelchemisches Taschenbuch.** Kurze Anleitung zur Untersuchung und Begutachtung von Nahrungs-, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen. Würzburg 1913. Verlag von Curt Kabitzsch. 12°, 120 S. Preis: gebunden und durchschossen: 2,50 M.

Das Taschenbuch ist nicht für die Spezialisten der Nahrungsmitteluntersuchung, sondern für die Allgemeinheit, d. h. für solche bestimmt, die der eigentlichen Nahrungsmittelchemie ferner stehen und nur zuweilen mit ihr in Berührung kommen, wozu auch Aerzte und Medizinalbeamten gehören. Es ist für die Praxis zugeschnitten; theoretische Erörterungen sind demzufolge fortgelassen; von den Untersuchungsmethoden sind vorzugsweise die einfacheren und bewährten mitgeteilt. Bei jedem einzelnen Nahrungs- und Genußmittel werden Probeentnahme (hier fehlt eine Angabe über die erforderliche Menge) sowie Untersuchung geschildert und am Schluß stets bestimmte Grundsätze für die Begutachtung der betreffenden Mittel angegeben, die auch den Medizinalbeamten als Anhalt für derartige Begutachtungen dienen können. Rpd.

Prof. Dr. M. Rubner-Berlin: **Ueber moderne Ernährungsreformen.** München 1914. Verlag von R. Oldenbourg-München. Gr. 8°; Preis: 1,80 Mark.

Der Verfasser geht ausführlich auf die Ernährungssysteme von Chittenden und Hindhede ein; der erstere tritt für eine eiweißarme Kost ein, die sich sehr jener milden Form des Halbvegetarismus nähert, welche die Animalien nicht ausschließt, aber tunlichst einschränkt, während bei H. die Mischung von Brot und Kartoffeln die Hauptgrundlage bildet, Zugaben wie Zucker gering sind und das Fett „nicht dick gestrichen" werden soll. — Eine derartig reizlose, einförmige Kost bedeutet für die große Masse des Volkes eine eminente Gefahr; die hygienische Lebenshaltung muß auf Abwechslung sehen, auch vom sanitären Standpunkt ist ein Wechsel in den Nahrungsmitteln nur zu wünschen. So wenig es berechtigt ist, auf einen besonderen Eiweißreichtum der Kost zu drängen, so unberechtigt ist es aber auch, in einer förmlichen Eiweißfurcht dahinzuleben. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Dr. Schall-Königsfeld: **Berechnete ärztliche Kostverordnungen nebst vollständigem Kochbuch für Zuckerkranke.** Würzburg 1913. Verlag von C. Kabitzsch. Gr. 8°; 319 S. Preis: 5,50 M.

Nach einigen allgemeinen Bemerkungen für den Laien über die Zuckerkrankheit gibt der Verfasser zunächst einige Regeln für die Küche und dann 550 Kochrezepte. Im Anschluß hieran erörtert er die Wichtigkeit, für den Zuckerkranken Gemüse, Pilze und Obst selbst einzumachen, und beschreibt das Verfahren. In einer folgenden Tabelle sind die angegebenen Kochrezepte nach steigendem Kohlehydratgehalt berechnet. Zum Schluß werden 500 Kostverordnungen angeführt, die genau berechnet sind.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Dr. H. Schall, leitender Arzt des Kindersanatoriums Luisenruhe, und **Dr. A. Heisler**, leitender Arzt des Erholungsheims Luisenruhe (Königsfeld im Schwarzwald): **Nahrungsmitteltabelle.** IV. vermehrte Auflage. Würzburg 1914. Verlag von Curt Kabitzsch. Gr. 8; 64 S. Preis: geb. 2,80 M.

Die zur Aufstellung und Berechnung von Dienstverordnungen bestimmte Schall-Heislersche Nahrungsmitteltabelle hat nicht bloß bei den Aerzten, sondern auch bei den Verwaltungen von Krankenanstalten, Sanatorien usw. so vielseitigen Beifall gefunden, daß sich fast jedes Jahr eine Neuauflage seit ihrem ersten Erscheinen als notwendig erwiesen hat. Sie verdient auch eine solche Verbreitung, da sie die Aufstellung von Kostverordnungen für Gesunde und Kranke in hohem Grade erleichtert. Die vorliegende neue Auflage ist zum Teil vollständig umgearbeitet und für den praktischen Gebrauch noch bequemer als die vorhergehenden gestaltet. Rpd.

San.-Rat Dr. Otto Dornblüth und Frau **Hedwig Dornblüth**-Wiesbaden: **Deutsches Kochbuch.** Dritte völlig umgearbeitete Auflage. Würzburg 1913. Verlag von Curt Kabitzsch. Kl. 8°; 482 S. Preis: geb. 6 M.

Das „diätische Kochbuch" ist bereits bei Besprechung der früheren Auflagen in dieser Zeitschrift Krankenhäusern, Kliniken, Heil- und Pflegeanstalten als handlicher treuer Ratgeber empfohlen; in der jetzt vorliegenden, wesentlich verbesserten und vermehrten Auflage verdient es diese Empfehlung in noch höherem Maße und wird sich auch dem Arzte als Ratgeber bewähren. Die Einteilung des Stoffes ist die gleiche wie früher geblieben: Im ersten Abschnitt wird eine allgemeine Belehrung über Ernährung und den Nährwert der einzelnen Nahrungsmittel gegeben; es folgen dann im II. und III. Abschnitte Kochvorschriften, die in des Verfassers Sanatorium probiert und bewährt befunden sind, und Speisezettel für drei Wochen. Im letzten (IV.) Abschnitt ist die Kost bei verschiedenen Krankheiten und Zuständen behandelt; er ist ebenso wie der erste vom Verfasser bearbeitet, während die beiden anderen, mehr technischen Kapitel aus der Feder der Verfasserin stammen. Rpd.

Stabsarzt Dr. Haring-Dresden: **Leitfaden der Krankenpflege.** Berlin 1913. Verlag von Julius Springer. Dritte verbesserte Auflage. Kl. 8°; 147 S. Preis: 2 M.

Der Verfasser, der als Lehrer und staatlicher Prüfungskommissar an der Krankenpflegeschule des Karolahauses in Dresden tätig war, bespricht in diesem Leitfaden in Form von Frage und Antwort alles für das Pflegepersonal Wissenswerte und Notwendige. Inhalt und Form der vorliegenden Auflage sind vielfach verbessert; hinzugekommen ist eine Anleitung zur Beurteilung der wichtigsten Nahrungsmittel und Getränke. Der Leitfaden, der sich an das vom Preußischen Ministerium des Innern herausgegebenen Krankenpflege-Lehrbuch anschließt, kann daher allen beteiligten Kreisen empfohlen werden.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Tagesnachrichten.

Geh. Rat Prof. Dr. **Gärtner,** Direktor des hygienischen Instituts in Jena, tritt am 1. Oktober d. J. in den Ruhestand. Als sein Nachfolger ist unico loco Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. **Abel,** vortragender Rat in der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern, in Berlin vorgeschlagen, der sicherem Vernehmen nach diesem ehrenvollen Rufe Folge leisten wird. Sein Ausscheiden aus dem preußischen Staatsdienst, das sicherlich von allen Medizinalbeamten außerordentlich bedauert wird, bedeutet für die preußische Medizinalverwaltung einen sehr großen und schwer zu ersetzenden Verlust.

In den Tageszeitungen wird betreffs der **Bekämpfung des Vertriebes von antikonzeptionellen Mitteln und der Kurpfuscherei auf reichsgesetzlichem Wege** folgende Mitteilung gebracht: „Der Reichstag hat aus eigener Initiative einen Gesetzentwurf zur Bekämpfung des Vertriebes mit antikonzeptionellen Mitteln aufgestellt.[1]) Durch den Schluß der Tagung ist dieser Entwurf unerledigt geblieben. Inzwischen ist von ärztlicher Seite an den Einzelheiten des Entwurfes eine zum Teil sehr scharfe Kritik geübt; auch hat es den Anschein, als ob die ursprüngliche Uebereinstimmung in der Stellungnahme aller Parteien zu dieser Frage nicht mehr in ihrem ganzen Umfange besteht. Immerhin darf es als wahrscheinlich gelten, daß der Reichstag in seiner nächsten Tagung auf die Frage zurückkommen und einen neuen Entwurf beschließen wird, bei dem wohl die Kritik aus wissenschaftlichen und ärztlichen Kreisen Berücksichtigung finden wird. Dem Vernehmen nach beabsichtigt die Reichsregierung nicht, in dieser Angelegenheit aus eigenem Antriebe vorzugehen, nachdem das seiner Zeit eingebrachte Kurpfuschereigesetz, in dem die Bekämpfung des Vertriebes antikonzeptioneller Mittel einen wichtigen Teil bildete, nicht die Zustimmung des Reichstages gefunden hat. Falls aber aus der Initiative des Reichstages ein Gesetzentwurf beschlossen wird, der geeignet ist, die Absicht des Kurpfuschereigesetzes auf diesem Gebiete zu erfüllen, wird auf eine Unterstützung der Reichsregierung sehr zu rechnen sein. Rpd.

Reichsgesetzliche Regelung der Abwässerfrage. Die Reichsregierung hat eine Bundesratsvorlage fertiggestellt, die eine gesetzliche Regelung der Abwässerfrage und insbesondere der Kaliabwässerfrage bezweckt. Der Entwurf liegt gegenwärtig den Regierungen zur Begutachtung vor; voraussichtlich wird der Bundesrat im nächsten Winter dazu Stellung nehmen. Die Regelung ist derart in Aussicht genommen, daß der Bundesrat ermächtigt wird, feste Normen für die zulässige Versalzung der Flüsse durch Kaliabwässer aufzustellen. Es soll außerdem eine Schiedsinstanz errichtet werden, deren Aufgabe es ist, Meinungsverschiedenheiten zwischen den Bundesregierungen über die Kaliabwässerfrage bei Flüssen, die verschiedene Bundesstaaten durchfließen, endgültig zu schlichten. Die Regelung der ganzen Frage ist dadurch erschwert, daß gemeinsame Normen für alle Flüsse nicht aufgestellt werden können, weil die Schädigungen der Versalzung durch Kaliabwässer nach der Eigenart der einzelnen Flüsse sehr verschieden ist, z. T. durch die Größe des

[1]) Siehe Nr. 3 und 4 dieser Zeitschrift; 1914, S. 121 und 159.

Gefälles und Stauungen stark beeinflußt sind. Die Aufstellung von bindenden Normen, die für das ganze Reichsgebiet Geltung haben, ist aber erforderlich, weil die Maßnahmen einzelner Regierungen zur Verhinderung einer zu starken Versalzung vielfach daran scheitern, daß für den Oberlauf des betreffenden Flusses, für den die Regierung eines anderen Bundesstaates zuständig ist, bereits ein Grad von Versalzung zugelassen ist, der die Durchführung von Vorschriften der für den Unterlauf zuständigen Regierung unmöglich macht. Das Kaiserliche Gesundheitsamt hat bereits eingehende Untersuchungen über die ganze Frage angestellt, deren Ergebnis in einem Gutachten niedergelegt ist.

In **Bayern** haben sich der **Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst** in diesem Jahre 15 Aerzte unterzogen; davon erhielten 4 die Note I, 10 die Note II, 1 die Note III. Die nächste praktische und mündliche Prüfung findet im Juli 1915 statt; Zulassungsgesuche sind mit den vorgeschriebenen Belegen beim Staatsministerium des Innern einzureichen.

Geburten- und Sterbeziffern der europäischen Staaten. Das ungarische Statistische Bureau hat jetzt neue Berechnungen über die Bewegung der gesamten Bevölkerung Europas für das Jahrzehnt von 1902 bis 1911 veröffentlicht. Danach ist das Wachstum der Bevölkerung am stärksten in den slavischen Ländern; dann folgen die slavonischen Länder, während die sogen. Kulturstaaten, die heute die Führung in Politik, Wissenschaft, Technik und Kunst inne haben, die letzten Stellen einnehmen. An der Spitze steht Rußland mit einer Bevölkerungszunahme (Ueberschuß der Geburten über die Todesfälle) von 18,81 v. H.; es folgen hierauf zunächst die Balkanstaaten, nämlich Serbien mit 15,83, Rumänien mit 14,38 und Bulgarien mit 14,12, und dann Deutschland mit 13,64, Holland mit 12,79, die Schweiz mit 11,65 v. H. Daran schließen sich Dänemark mit 9,52, Belgien mit 8,61, England mit 8,30, Oesterreich-Ungarn mit 7,78, Schweden mit 6,99, Norwegen mit 6,69, Italien mit 6,05, Portugal mit 5,90, Spanien mit 4,70 und endlich Frankreich mit nur 1,42. Die Liste der Sterblichkeit weist eine Reihenfolge der Staaten auf, die mehrfach ähnlich ist. Rußland mit der stärksten Zunahme hat auch die höchste Sterblichkeit mit 289 Todesfällen auf je 10000 Einwohner; ebenso finden sich wiederum die Balkanstaaten in seiner unmittelbaren Nähe: Rumänien mit 256, Serbien mit 236 und Bulgarien mit 231. In dieser Hinsicht tritt aber Oesterreich und namentlich Ungarn mit ihnen in einen bedauerlichen Wettbewerb, der um so bedenklicher ist, als die hohe Sterblichkeit nicht durch einen entsprechenden Geburtenreichtum aufgewogen wird. Eine verhältnismäßig hohe Sterblichkeit haben auch Spanien (224) und Italien (215). Das geburtenarme Frankreich muß mit 193 Todesfällen auf je 10000 Einwohner rechnen; in vielen Departements war infolgedessen überhaupt ein Rückgang der Einwohnerzahl beobachtet. Deutschland zählt immer noch 184 und England 152 Todesfälle auf 10000 Einwohner; am besten gestellt sind die skandinavischen Länder, wo diese Ziffer nur 140 beträgt.

Der sehr rührige Hannoversche Provinzialverein zur Bekämpfung der Tuberkulose, Geschäftsstelle: Corvinusstr. 6, hat jetzt ein neu bearbeitetes **Merkblatt zur Förderung des Stillens** herausgegeben, das in drastischer und allgemein verständlicher Form auf die großen Schäden hinweist, die die Flaschenernährung der Gesundheit unseres Volkes bringt, und die innigen Beziehungen falscher Ernährung zur englischen Krankheit und zur Tuberkulose darstellt. Das Merkblatt ist zur Verteilung durch Standesämter (bei Anmeldung der Geburten), Hebammen und Fürsorgestellen sowie bei Gelegenheit von Impfungen, öffentlichen Vorträgen usw. bestimmt. Es eignet sich auch zugleich als Propaganda für die im Kreise bereits bestehenden Einrichtungen, die sich der Säuglingspflege widmen. Der Preis beträgt: 1 Stück 5 Pfg., 50 Stück 2 M., 100 Stück 3 M., 500 Stück 9 M., 1000 Stück 15 M.

An der **Pest** sind erkrankt (gestorben) in Rußland (Gouvernement Astrachan) vom 25. Mai bis 13. Juli: 41 (41) — Zeitungsnachrichten zufolge sollen im Gouvernement Moskau nicht weniger als 215 Ortschaften

von der Seuche ergriffen sein —, in der Türkei (Mesopotamien) vom Mai bis 12. Juli: 30 (19), in Aegypten vom 27. Juni bis 17. Juli: 26 (9), in Zanzibar im Juni: 3 (1), in Britisch-Ostindien vom 7.—13. und 14.—20. Juni: 1473 (1310), 1480 (1408), in Niederländisch-Indien vom 17.—30. Juni: 550 (508), in Hongkong vom 7.—20. Juni: 131 (111), in China (Kanton) bis 11. Juni: 1156, in Cuba vom 22. Febr. bis 28. Juni: 27 (6).

Die **Cholera** ist in Rußland (Gouvernement Podolien), in größerer Verbreitung aufgetreten; die Zahl der Erkrankungen (Todesfälle) betrug bis 23. Juli: 85 (41). In der Türkei sind vom März bis 16. Juli nur noch 4 (2) vorgekommen.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 28. Juni bis 11. Juli 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rotz, Tollwut, Rückfallfieber, Aussatz: — (—); Fleckfieber: 1 (—), — (—); Pocken: — (—), 1 (—); Milzbrand: 4 (—), 1 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 1 (—), 1 (—); Unterleibstyphus: 294 (24), 242 (17); Ruhr: 8 (—), 24 (1); Diphtherie: 1127 (51), 1159 (51); Scharlach: 1468 (69), 1299 (91); Kindbettfieber: 98 (36), 88 (27); Genickstarre: 8 (4), 8 (1); spinaler Kinderlähmung: 3 (—), 4 (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 22 (—), 60 (4); Körnerkrankheit (erkrankt): 233, 164; Tuberkulose (gestorben): 727, 721.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. W. in B.: Kann beim Uebergang von einer Straßenbahn zu einer Eisenbahn behufs Fortsetzung einer auf der Straßenbahn angetretenen Dienstreise und umgekehrt stets die Zu- und Abgangsgebühr berechnet werden?

Antwort: Nein! Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes vom 26. Juli 1910 und der Ausführungsbestimmungen vom 24. September 1910 nicht mehr, da nach diesen Vorschriften eine Gebühr für Zu- und Abgang nur noch am Wohnort oder am auswärtigen Uebernachtungsort gewährt wird.

Anfrage des Kreisarztes Dr. W. in W.: a) Ist der Kreisarzt verpflichtet, Schulkinder, denen Erleichterungen des Unterrichts gewährt oder die wegen Krankheit vom Schulbesuch auf längere Zeit zurückgestellt oder vorzeitig aus der Schule entlassen werden sollen, von Amtswegen unentgeltlich zu untersuchen oder haben in solchen Fällen die Eltern das Gutachten zu bezahlen?

b) Gehört die Begutachtung eines Terrains zur Anlage eines Friedhofes im Walde (Königl. Forst) für die Königlichen Forstbeamten einer Oberförsterei zu den unentgeltlich zu verrichtenden Dienstobliegenheiten und fallen etwaige Reisekosten dafür unter das Reisepauschale?

c) Welcher Satz der Gebührenordnung für Medizinalbeamte wird für das amtsärztliche Zeugnis zur Erlangung der Erlaubnis der Führung von Kraftfahrzeugen bezahlt?

Antwort: Zu **a)** Die Kosten für das zur Begründung eines derartigen Antrages auf Anordnung der Schulaufsichtsbehörde beizubringende ärztliche oder kreisärztliche Zeugnis haben die Eltern zu zahlen. Nur wenn ausnahmsweise die Schulaufsichtsbehörde (Abt. II der Regierung) in zweifelhaften Fällen, in denen der Kreisarzt bisher nicht mitgewirkt hat, diesen mit einer Untersuchung beauftragt, um auf Grund des darüber zu erstattenden Gutachtens eine Entscheidung treffen zu können, gehört diese Begutachtung zu den unentgeltlichen Dienstobliegenheiten des Kreisarztes.

Zu **b)** Die Untersuchung und Begutachtung eines Geländes zur Anlage eines Friedhofes erfolgt stets auf Kosten der Interessenten, also hier auf Kosten der Königl. Regierung, Abt. III, die auch etwaige Reisekosten zu bezahlen hat.

Zu **c)** Für gewöhnlich wird gemäß Nr. 3 der allgemeinen Bestimmungen Nr. 16 B des Tarifs Anwendung zu finden haben; da aber gerade bei der kreisärztlichen Begutachtung von Kraftfahrzeugführern häufig eingehende Untersuchungen erforderlich sind, so kann in solchen Fällen die Gebühr auch

nach Nr. 13 A des Tarifs gemäß der in Nr. 1 B des Tarifs getroffenen Bestimmung berechnet werden.

Anfrage des Dr. M. in J.: Hier hat kürzlich eine Frau ihr „Institut für kosmetische Elektrotherapie" in der hiesigen Zeitung bekannt gemacht und bei Anmeldung ihres Gewerbetriebes dem Gemeindevorstand mitgeteilt, daß sie sich als „Spezialistin für kosmetische Elektrotherapie" niedergelassen habe. Ist dies zulässig oder auf Grund von § 147 Ziffer 3 St.G.B. strafbar? Existieren Gerichtsentscheidungen über derartige oder analoge Bezeichnungen und welche?

Antwort: Die Gerichte (z. B. das Oberlandesgericht in Jena, Urteil vom 16. Februar 1902), haben sich auf den Standpunkt gestellt, daß die Bezeichnung „Spezialist" auf solchen Gebieten, die strenggenommen nicht zur „ärztlichen Tätigkeit" gehören, z. B. Spezialist für Massage, nicht als eine unzulässige arztähnliche anzusehen ist. Danach würde die oben angegebene Bezeichnung nicht als solche zu erachten sein, da „kosmetische" Elektrotherapie wohl kaum zu den ärztlichen Tätigkeiten gerechnet werden kann. Unzulässig würde die Bezeichnung jedoch dann sein, wenn der Zusatz „kosmetisch" nur als Deckmantel dient und es sich in Wirklichkeit um einen „Spezialisten für Elektrotherapie" handelt.

Anfrage des Kreisarztes Dr. W. in B.: Ein Drogist erhielt 1910 die Erlaubnis zum Handel mit Giften in Danzig. Berechtigt diese Erlaubnis ihn auch in anderen Orten ohne neue Erlaubnis des zuständigen Kreisausschusses den Gifthandel zu betreiben?

Antwort: Nein! Nach der Gewerbeordnung vom 17. Januar 1845 in der Fassung des Gesetzes vom 22. Juni 1861 G.-S. S. 442 § 49 ist denjenigen, die Gifte feilhalten, der Beginn des Gewerbebetriebes erst dann zu gestatten, wenn sich die Behörden von ihrer Zuverlässigkeit in Beziehung auf den Gewerbebetrieb überzeugt haben. Dieser Nachweis muß vor dem zuständigen Kreis-(Stadt)-Ausschuß geführt werden, denn dieser ist die Behörde, die den Betrieb gestattet. Ihm bleibt als Konzessionsbehörde auch die Entscheidung überlassen, ob der frühere Nachweis der Befähigung ausreichend erscheint oder ein neuer beizubringen ist (s. Min.-Erl. vom 1. Juni 1910).

Anfrage des Kreisarztes Dr. W. in K.: Gehören Tinct. aromatica, Forbil, Veril und Formalin zu den dem freien Verkehr überlassenen Arzneimitteln und aus welchem Grunde?

Antwort: Tinct. aromatica ist als flüssiges Gemisch (Verz. A Nr. 5 der K. V. O.) dem freien Verkehr entzogen (Urteil des Oberlandesgerichts in Frankfurt a. M. vom 28. Mai 1906), die Behauptung, daß sie angeblich als Schnapsessenz feilgehalten und abgeben wird, dürfte vor Gericht nicht als strafbefreiend angesehen werden. Forbil (phenolphthaleinhaltige Schokoladetäfelchen) und Veril (Schokoladetäfelchen mit Arekanußpulver) — beides Mittel gegen Würmer — sind nach dem Urteil des Landgerichts in Görlitz als nicht freigegebene Arzneizubereitungen (Plätzchen, Tabletten, Verzeichnis A Nr. 9) anzusehen; von anderen Gerichtshöfen z. B. von den Landgerichten in Dortmund (Urteil vom 5. November 1909) und Elberfeld (Urteil vom 14. März 1910) sowie vom Oberlandesgericht Düsseldorf (Urteil vom 11. Juni 1910) ist dagegen das Veril zu den dem freien Verkehr überlassenen Mittel gerechnet wird, weil es weder zu den trockenen Gemengen, noch zu den Tabletten gehöre. Diese Urteile würden auch für Forbil zutreffen. Formalin ist ein Desinfektionsmittel und deshalb freigegeben.

Mitteilung für die Leser der Zeitschrift.

Mit Rücksicht auf den außergewöhnlich starken Umfang des Hauptblattes von Nr. 14 erscheint das Hauptblatt der nächsten drei Nummern 15, 16 und 17 in etwas geringerem Umfange.

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 16. Ausgegeben am 20. August 1914.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch
J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 16.
und Beilage: Berichte aus Versammlungen IV.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Krone zum Roten Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Geh. San.-Rat Prof. Dr. Thiem in Kottbus; — der Rote Adlerorden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schmorl in Dresden.

Ernannt: Oberstabsarzt a. D. Dr. E. Jacobitz in Diedenhofen zum etatsmäßigen wissenschaftlichen Mitgliede des Königl. hygienischen Instituts in Beuthen i. Ob.-Schles., der prakt. Arzt Dr. Skultetus in Ranis zum Kreisassistenzarzt des Kreises Ziegenrück unter Belassung an seinen bisherigen Wohnort.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Roller, Kreisarzt in Trier, Oberstabsarzt a. D., Dr. Zimmermann und Dr. Michael Hoffmann in Berlin, Dr. Karl Vogt in Charlottenburg, Dr. B. Poczka in Rastenburg, Dr. Savels und Dr. Wöhler in Aachen, Dr. Birks in Rees, Dr. Schneider in Gladbeck.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Titel und Rang eines Hofrates: dem Polizeiarzte Dr. R. Hoeber in Augsburg.

Gestorben: Dr. Wendelin Loeser in Würzburg.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Die Carola-Medaille in Silber: dem Oberarzt Dr. Meyer in Dresden, dem praktischen Arzt Dr. Schoedel in Chemnitz, den Sanitätsräten Dr. Boettger in Burgk, Dr. Schmidt in Schönefeld und Dr. Gebser, Chefarzt der Heilstätte Carolagrün; — dieselbe Medaille in Bronze: dem Generalarzt Dr. Fichtner in Dresden, dem Oberstabsarzt Dr. Stölzner und dem Stabsarzt Dr. Hofmann in Dresden, den praktischen Aerzten Dr. Jacobi in Stetzsch und Dr. Rosenträger in Niederbobritzsch.

Ernannt: Privatdozent Dr. Hugo Selter in Leipzig zum außeretatsmäßigen Professor in der dortigen medizinischen Fakultät; Dr. Paarmann in Chemnitz zum Bezirksarzt in Kamenz.

Gestorben: Dr. Dempwolff in Stolpen, Spezialarzt Dr. Paulßen aus Dresden in Pirna.

Königreich Württemberg.

Gestorben: Dr. Heudorfer in Saulgau.

Grossherzogtum Baden.

Gestorben: Geh. Rat Prof. Dr. Hegar in Freiburg i. Br.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Ernannt: Privatdozent Dr. W. Frieboes in Bonn zum außerordentlichen Professor an der medizinischen Fakultät der Universität Rostock.

Grossherzogtum Oldenburg.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Roggemann und Dr. Hempel in Delmenhorst.

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Die **Landgerichtsarztstelle** in **Kaiserslautern** und die **Bezirksarztstelle** in **Landau.** Bewerbungen sind bei der für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Königl. Regierung, Abteilung des Innern, bis 1. September d. Js. einzureichen.

27. Jahrg. Zeitschrift 1914.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In und Auslandes entgegen.

Nr. 16.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Aug.

Die Bekämpfung der Infektionskrankheiten in den Fürstentümern Waldeck und Pyrmont.

Von Oberlandphysikus Dr. **Deetz**-Arolsen.

In den nachfolgenden Zeilen soll geschildert werden, wie die Bekämpfung der Infektionskrankheiten in einem kleinen Bundesstaat, aus vier Kreisen bestehend, geregelt wurde. Es soll versucht werden zu zeigen, wie durch gemeinsame Arbeit von staatlicher Gesetzgebung, praktischer Medizinalverwaltung und privater Wohltätigkeit Erprießliches geleistet werden kann, und wie eins in das andere übergreift, wenn die Fäden richtig zusammenlaufen.

Bei meinem Eintritt in die Medizinalverwaltung der Fürstentümer Waldeck und Pyrmont im Jahre 1908 fand ich in bezug auf die Bekämpfung von Infektionskrankheiten folgende Verhältnisse vor: Es bestand Anzeigepflicht für eine Reihe von Krankheiten, bei denen jeder Fall anzuzeigen war, und für eine zweite Reihe, bei der erst „bei epidemischem Auftreten, und zwar sobald an einem Ort der dritte Erkrankungsfall stattfindet", Anzeige vorgeschrieben war. Die Anzeigen gingen an den Bürgermeister, von dort an die Kreisämter, dann an den

Kreisphysikus. Das Landesdirektorium erfuhr nur durch die vierteljährlichen Uebersichten der Kreisphysiker, wie es mit den ansteckenden Krankheiten im Lande stand. Einen Jahresbericht der Kreisphysiker gab es nicht. Desinfektion anzuordnen war gesetzlich unmöglich; die Anzeigen wurden von den Aerzten ganz ungenügend eingeschickt, da die „Dreizahl“, die z. B. für Scharlach und Meningitis galt, davon abhielt. Praktizierten mehrere Aerzte an einem Ort, so beobachtete jeder erst seine 3 Fälle, ehe er sich zur Anzeige entschloß. Das Reichsseuchengesetz war mit Stillschweigen übergangen worden.

Es mußte also alles von Grund auf neu gebaut werden.

Nach der in den Fürstentümern Waldeck und Pyrmont geltenden Gesetzgebung gehört es zu den Befugnissen des Landesdirektors, auf dem Wege der Landespolizeiverordnung zu regeln, was zur „Sorge für Leben und Gesundheit gehört“. Diese Befugnis erstreckt sich jedoch nur so weit, als für die Betroffenen keine Ausgabe in Betracht kommt. Es war mithin ausgeschlossen, den Desinfektionszwang auf dem Verordnungsweg einzuführen.

Als erstes wurde durch Landespolizeiverordnung vom 20. Dez. 1909 eine geregelte Anzeigepflicht eingeführt. Abgesehen von den im Reichsseuchengesetz aufgeführten Krankheiten wurde für Typhus, Genickstarre, Kindbettfieber, Rotz und Rückfallfieber außer der Erkrankungs- und Todesanzeige auch der Verdacht auf eine dieser Erkrankungen anzeigepflichtig gemacht. Ich halte es für selbstverständlich, daß bei Typhus der begründete Verdacht angezeigt wird, weil andernfalls die Aerzte erst die bakteriologische Bestätigung abwarten, und inzwischen die beste Zeit für Abwehrmaßnahmen verstreicht. Fällt die bakteriologische Untersuchung, wie doch sehr häufig, in der ersten und Anfang der zweiten Woche noch negativ aus, so wird der Arzt in seiner richtigen Diagnose leicht irre und zeigt nicht mehr an. Die häufig von Aerzten an mich gerichtete Frage, wann liegt denn Typhusverdacht im Sinne der Anzeigepflicht vor, habe ich immer dahin beantwortet: Der Verdacht liegt vor, wenn die Diagnose so wahrscheinlich ist, daß der gewissenhafte Arzt sich aus der Apotheke die Utensilien zur bakteriologischen Untersuchung schicken läßt.

Mit Bezug auf Besprechungen, die vergangenes Jahr in Berlin über die Zweckmäßigkeit der Anzeige des Typhusverdachtes in Badeorten geführt wurden, möchte ich erwähnen, daß in unsern beiden großen Badeorten Wildungen und Pyrmont sich niemals irgendwelche Schwierigkeiten aus der Anzeige ergeben haben.

Außerdem machten wir Kinderlähmung anzeigepflichtig, und Lungen- und Kehlkopftuberkulose, sobald Bazillen nachgewiesen waren. Selbstverständlich auch die Todesfälle an beiden Erkrankungen.

Ueber die Anzeigepflicht bei Tuberkulose ist von be-

rufener und unberufener Seite viel geschrieben worden. Man muß sich vor Augen halten, daß der Zweck der Anzeigepflicht kein statistischer ist, sondern daß die Medizinalverwaltung dadurch erfahren soll, wo ansteckungsfähige Kranke sind, um die Gesunden schützen zu können. Es muß also jeder Anzeige eine entsprechende sanitätspolizeiliche Maßnahme folgen oder folgen können. Die Anzeigepflicht bei Tuberkulose auf Kinder allein zu beschränken, wie vorgeschlagen ist, hat keinen Zweck, da Kinder bekanntlich kaum aushusten und auswerfen. Jeden Fall von Lungentuberkulose anzuzeigen, halte ich auch nicht für richtig; denn es ist weder das Initialstadium leicht zu diagnostizieren, noch dürften sich die Aerzte wegen der ganz unvermeidlichen wirtschaftlichen Folgen für die Betreffenden dazu entschließen. Man soll nie etwas gesetzlich verlangen, was durchzuführen von vornherein unmöglich ist. Den Begriff „offene“ Tuberkulose in eine gesetzliche Vorschrift zu bringen, hielten wir für unzweckmäßig, da ja geschlossene und offene Tuberkulose ständig ineinander übergehen, und der anzeigepflichtige Arzt immer den Einwand erheben kann, „es lag damals noch geschlossene Tuberkulose vor“. Treffen wollen wir mit der Anzeige die Keimstreuer; deshalb haben wir die Anzeige vom Bazillennachweis abhängig gemacht. Dabei betrachte ich als das Wesentlichste, daß den Aerzten die Möglichkeit gegeben wird, auf bequeme kostenlose Weise den Auswurf untersuchen zu lassen; denn der Land- und Kassenarzt hat weder Zeit noch Lust und Gelegenheit, im Sputum Bazillen zu suchen.

Außerdem haben wir jeden Wohnungswechsel eines solchen Bazillenstreuers anzeigepflichtig gemacht. Was wir unter Wohnungswechsel verstehen, ist klar in den Ausführungsbestimmungen des Desinfektionsgesetzes, von dem später noch die Rede sein wird, ausgeführt; es gehört dazu auch die Ueberführung der Kranken in ein Krankenhaus, in eine Heilstätte oder dergl.

Auf die anderen anzeigepflichtigen Erkrankungen näher einzugehen, erübrigt sich.

Die Anzeigeformulare sind auf den Bürgermeisterämtern vorrätig, ihre Beförderung geschieht „frei laut Ablösung“, während früher die Aerzte das Porto selbst bezahlen mußten.

In bezug auf den Anzeigepflichtigen sind wir dem Reichsgesetz gefolgt. Schon allein des Kindbettfiebers und der Tuberkulose wegen ist es unbedingt nötig, daß die Laien, Haushaltungsvorstände, Schwestern und sonstigen Fürsorgegruppen Recht und Pflicht haben, die Anzeige zu machen, damit auch die nicht in ärztlicher Behandlung stehenden Kranken der Behörde bekannt werden.

An wen geht die Anzeige? Es entspricht dem Aufbau der Staatsverwaltung, daß die Ortspolizeibehörde als erste weiß, was in der Gemeinde vorgeht; an sie wird deshalb die Anzeige gerichtet. Wir haben aber niemals die Ortspolizeibehörde dabei als etwas anderes betrachtet, als eine Durch-

gangsstation. Einem Landbürgermeister eine Entscheidung darüber zu überlassen, ob er eine Desinfektion für angebracht hält oder nicht, ist sanitätspolizeilich falsch. Der Bürgermeister aber muß deshalb unterrichtet sein, um die Kontrolle ausüben zu können, ob die für alle Fälle gesetzlich festgelegte Desinfektion auch wirklich ausgeführt wird. In dieser Hinsicht werden die Bürgermeister von den Kreisamtmännern und Kreisphysikern besonders beaufsichtigt werden. Die Anzeigezettel laufen von der Ortspolizeibehörde durch an den Kreisphysikus; denn der Medizinalbeamte muß als zweiter unterrichtet sein. Er gibt die Zettel weiter an das Kreisamt. Allwöchentlich schicken die Kreisphysiker die üblichen Meldekarten an den Landesdirektor.

Die Landespolizeiverordnung über die Anzeigepflicht fand ihre Ergänzung in der „Anweisung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten durch die Schule" vom 1. Februar 1909; in die 1914 noch die Kinderlähmung aufgenommen wurde.

Gleichzeitig mit Einführung der Anzeigepflicht wurden von seiten des Staates mit den Medizinaluntersuchungsämtern zu Marburg und Hannover Verträge abgeschlossen, nach denen die Untersuchungen der Sekrete und Exkrete für alle Aerzte des Landes kostenlos ausgeführt werden. Die Untersuchungen erstrecken sich auf Typhus, Diphtherie, Meningitis, Ruhr und Sputum bei Tuberkulose. Die Aufnahmegefäße liegen versandfertig in den Apotheken vorrätig; sie gehen ebenfalls „frei durch Ablösung." Die Aerzte machen außerordentlich viel Gebrauch davon.

Für alle im Reichsseuchengesetz aufgeführten Krankheiten, sowie bei den Fällen von Genickstarre, Kindbettfieber, Rotz, Rückfallfieber, Typhus, wenn nur Verdacht auf eine dieser Krankheiten besteht, ferner bei Milzbrand, Bißverletzungen durch tollwütige oder tollwutverdächtige Tiere, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung liegt den Kreisphysikern das Ermittlungsverfahren ob. Außerdem haben sie einen jährlichen Bericht über die Infektionskrankheiten nach dem Muster des preußischen Kreisarztberichtes einzureichen.

Ich wende mich jetzt der Besprechung einzelner wichtiger Krankheiten zu, die wegen besonderer Verhältnisse auch besondere Schutzmaßnahmen erforderten.

Zunächst die Tuberkulose, als weitverbreitetste und wichtigste. Durch schlechte Wohnungsverhältnisse und ungenügende Ernährung grassierte die Tuberkulose unter der Landbevölkerung der Fürstentümer außerordentlich stark. Ein Tuberkulose-Ausschuss, genügend mit Geldmitteln ausgerüstet, übernahm die Bekämpfung nach einheitlichen Grundsätzen: In fast jeder Gemeinde wurde im Anschluß an den Landesfrauenverein eine Fürsorgegruppe zur Besorgung der lokalen Geschäfte eingesetzt und ihm eine gedruckte Anweisung gegeben. Eine besondere Tuberkulosefürsorgeschwester reist umher und sieht

nach dem Rechten; Gemeindeschwestern sind in einem großen Teil der Gemeinden vorhanden. Die gefährdeten Kinder werden in das Solbad Pyrmont oder an die See geschickt. Für die wegen Lungentuberkulose Invalidisierten wurde bei den Landesversicherungsanstalten in Cassel und Hannover durchgesetzt, daß sie dauernd in den Krankenhäusern des Landes untergebracht werden konnten. Waren Angehörige dabei zu unterstützen, so übernahmen die Kreise die Angehörigenunterstützung. Die Leichterkrankten werden in Lungenheilstätten gebracht; bei den Schwerkranken ist es, wenigstens in einem sehr erheblichen Teil der Fälle gelungen, sie aus den Familien heraus zu nehmen und in den Krankenhäusern unterzubringen. Dazu kommen Unterstützungen an Lebensmitteln, Beschaffung besserer Wohnung, Betten usw. Durch Vorträge, durch Ausstellung des Wandertuberkulosemuseums wurde für Aufklärung gesorgt. Die Militärbehörden teilen die Namen derjenigen Mannschaften mit, die wegen Tuberkulose zur Entlassung kommen, oder die bei der Aushebung aus demselben Grund nicht eingestellt werden. Die Aerzte im Lande nehmen bereitwillig die Untersuchungen für den Tuberkuloseausschuß vor und werden dafür honoriert. In letzter Zeit sind wir auch dazu übergegangen, im Lande den Rindviehbestand, soweit er an Tuberkulose leidet, zu sanieren. Man soll dieses Vorgehen für die menschliche Gesundheit durchaus nicht unterschätzen; haben doch etwa 45 % der Lupuskranken und 10 % der Kinder mit Intestinaltuberkulose Beziehungen zum Typus bovinus.

Es würde mich zu weit führen, auf die mustergültige Tuberkulosefürsorge im Lande weiter einzugehen. Sanitätspolizeilich das Wichtigste war dabei, daß der Waldecksche Tuberkuloseausschuß sich bereit erklärte, in allen Fällen auf seine Kosten die Desinfektion bei Tod und Wohnungswechsel Tuberkulöser für die nächsten Jahre zu übernehmen. Auf Grund dieser Erklärung konnte schon von der Regierung am 28. Dezember 1909 die obligatorische Desinfektion bei Todesfällen an Tuberkulose und bei Wohnungswechsel durch Landespolizeiverordnung eingeführt werden. Dadurch, daß die ganze Tuberkulosefürsorge und die Rechnungen der Desinfektoren durch meine Hand gingen, war eine Kontrolle über Anzeigepflicht, Desinfektion usw. gewährleistet.

Wir hatten also mehrere Jahre hindurch das eigenartige Verhältnis, daß wir bei Tuberkulose desinfizieren konnten, bei den andern Erkrankungen aber zunächst auf den guten Willen der Beteiligten angewiesen waren. Inzwischen hat sich die Bevölkerung an die Desinfektion gewöhnt; so wurde der Boden für das Desinfektionsgesetz wirksam vorbereitet.

Die zweite Erkrankung, die besondere Maßnahmen wünschenswert machte, war der Typhus. Wenn auch die Zahl der Erkrankungen nie allzugroß war, so war doch eine Verminderung der Erkrankungen sehr wünschenswert, zumal durch die großen Bauten der Edertalsperre und der Bahnlinie

Wildungen-Corbach-Brilon ein außerordentliches Zusammenströmen fremder Arbeiter stattgefunden hatte. Es wurde mit allen Mitteln der Bau von Wasserleitungen gefördert; allein in den Jahren 1909—1913 sind 20 neue Leitungen gebaut, alte wurden umgebaut und erweitert. Die Kreisphysiker wurden bei den Vorarbeiten und der Baukontrolle wie in Preußen beteiligt.

Die Granulose hatte sich im Lande seit ungefähr 50 Jahren eingenistet und war inzwischen zu einem gewissen Stillstand gekommen. Mit Unterstützung der Marburger Augenklinik wurden sämtliche Ortschaften Waldecks in erster Linie die Schulen revidiert, so daß Trachomerkrankungen auch bei uns jetzt zu den Seltenheiten gehören. Sämtliche ausländische Arbeiter, sowohl die Saisonarbeiter in der Landwirtschaft, wie die Arbeiter am Sperr- und Bahnbau wurden auf Granulose kontrolliert.

Da bei Verlegung des Ederbettes in den fünfziger Jahren zahlreiche Malariaerkrankungen aufgetreten waren und jetzt viel ausländische Arbeiter, die aus Malariagegenden stammten, am Bau des Edersees beschäftigt waren, wurde vorsichtshalber ein Arzt in der Malariadiagnose am tropenhygienischen Institut in Hamburg besonders ausgebildet.

Ich komme jetzt zum Desinfektionsgesetz. Es lag ja von vornherein sehr nahe für das Land, die ganze Seuchenbekämpfung ähnlich zu organisieren, wie im preußischen Seuchengesetz, das von einem Teil der anderen Bundesstaaten übernommen ist. Wir haben von Anfang an darauf verzichtet, weil die Durchbringung eines analogen Gesetzes sicher beim Landtag auf große Schwierigkeiten gestoßen wäre, und weil es nach der hiesigen Gesetzeslage möglich war, einzelne Teile durch Landespolizeiverordnung zu regeln. Das Desinfektionsgesetz vom 7. Januar 1914 brachte gewissermaßen den Schlußstein. Es gibt die Desinfektionsmöglichkeit, setzt die Entschädigungspflicht fest und verteilt die Kosten. Zahlungsfähige müssen selbst zahlen; bei Zahlungsunfähigen bezahlt die Gemeinde $^{3}/_{5}$, der Kreis $^{1}/_{5}$, das Land $^{1}/_{5}$.

Von der größten Wichtigkeit waren die zum Gesetz erlassenen Ausführungsbestimmungen vom 2. April 1914. Es muß grundsätzlich bei allen anzeigepflichtigen Erkrankungen nach Ablauf der Erkrankung, oder wenn der Kranke in ein Krankenhaus, Heilstätte oder dgl. überführt wird, oder sonst die Wohnung wechselt, oder wenn die Erkrankung zum Tode geführt hat, Schlußdesinfektion stattfinden, von der jedoch abgesehen werden kann in allen Fällen von Fisch-, Fleisch- und Wurstvergiftung, die nicht durch Krankheitserreger, z. B. Paratyphusbazillen, hervorgerufen sind, sowie in allen Fällen älterer spinaler Kinderlähmung.

Die Desinfektion geschieht durch die Kreisdesinfektoren mit Formalin. Da außerdem in jedem Kreis ein stationärer

Dampfapparat vorhanden ist, so ist bei Tuberkulose die Dampfdesinfektion des Bettzeugs usw. vorgeschrieben.

Die Desinfektoren sind den Kreisphysikern unterstellt, werden von ihnen beaufsichtigt, nachgeprüft und nach Erfordernis zu Fortbildungslehrgängen eingezogen. Die Ausführungsanweisung enthält dann noch Bestimmungen, was bei den einzelnen Krankheiten zu desinfizieren ist, getrennt nach fortlaufender und Schlußdesinfektion.

Als etwas Neues haben wir dann noch in die Ausführungsbestimmungen eine Vorschrift darüber aufgenommen, was mit den Typhusbazillenträgern zu geschehen hat. Wegen der Wichtigkeit der Sache möchte ich den betr. Paragraphen hier wörtlich folgen lassen; er lautet:

„Bei der Bedeutung, die den Typhusbazillenträgern für die Verbreitung des Unterleibstyphus zukommt, wird zur Bekämpfung der von den Bazillenträgern ausgehenden Gefahr folgendes angeordnet:

a) Auf die Herstellung einer ordnungsmäßigen Abortanlage mit dichter, gut abgedeckter Abortgrube ist zu achten.

b) Wenn irgend angängig soll im Abort stets ein mit reinem Wasser gefülltes Waschbecken, Seife, Bürste und Handtuch vorhanden sein, damit der Dauerausscheider nach jeder Stuhlentleerung sich die Hände mit Wasser, Seife und Bürste wäscht.

c) Auf die Benutzung von Klosettpapier sind die Bazillenträger besonders hinzuweisen.

d) Die schmutzige Leib- und Bettwäsche sowie die Handtücher aus dem Abort sind besonders aufzubewahren und dürfen erst nach Auskochen mit der übrigen Wäsche gewaschen werden.

e) Vor jedesmaligen Leerung der Abortgrube muß der Abortinhalt desinfiziert werden.“

Es wird vielleicht wundernehmen, daß wir darauf verzichtet haben, die Schutzmaßnahme der Absonderung in das Gesetz aufzunehmen. Es liegt dazu im Lande zunächst kein Grund vor, weil die Bevölkerung ohne Schwierigkeiten die Krankenhäuser aufsucht, wenn der Arzt es für nötig hält. So kommen Typhuskranke eigentlich seit Jahren mit ganz verschwindenden Ausnahmen in die Krankenhäuser; auch sonst ist es sogar in besseren Familien vielfach Sitte, Kinder, die an Scharlach und Diphtherie erkrankt sind, ins Krankenhaus zu geben, gewiß ein gutes Zeichen des Vertrauens der Bevölkerung zu ihren Krankenhäusern.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Gerichtliche Medizin.

Ueber die Lokalisation von Fettembolien in den Gefässen der Lunge. Von Dr. Bürger und G. Straßmann-Berlin. Aus der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde in Berlin. Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. F. Straßmann. Vierteljahrschrift für gerichtl. Medizin; 1914, 47. Bd., H. 2, S. 237.

Manche Beobachtungen und Versuche haben die Ansicht entstehen lassen, daß aus dem Gebiet der unteren Hohlvene stammende kleine Emboli vorzugs-

weise in die Unterlappen, aus dem der oberen Hohlvene stammende dagegen vorzugsweise in die Oberlappen der Lungen fahren sollen (Kretz.) Dies betrifft die Lokalisation von Abzessen bei puerperaler Pyämie einer- und otogener anderseits, Lungenerkrankung bei Tuberkulose des Ductus thoracicus, Einspritzung von Tuberkelbazillen in die V. jugularis des Rindes (Behring), von Hefezellen in die V. jugularis und V. femoralis von Kaninchen (Helly). Die Verfasser haben diese Verhältnisse für die Fettembolie nachgeprüft, da die Richtigkeit des obigen Satzes für manche Fälle von großem Werte zur Ermittelung der Todesursache wäre. So sollte in einem Falle entschieden werden, ob eine Frau ihre Schädelverletzungen vorher erhalten hatte und tot auf die Schienen gelegt oder noch lebend überfahren worden war; in einem anderen sollte aus den Lungen einer zerstückelten, größtenteils verbrannten Leiche eventuell festgestellt werden, ob Mord durch Beilhiebe gegen den Kopf oder Selbstmord durch Halsschnitt vorgelegen hatte.

Kaninchen wurden in die Ohrvenen oder in die untere Hohlader Aufschwemmungen von Kaninchenknochenmark eingespritzt, oder in Narkose Extremitätenknochen zertrümmert und dann die verschiedenen Lungenabschnitte sorgfältig auf den Grad der Fettembolie untersucht. Es ergab sich eine gewisse Bestätigung der Kretzschen Ansicht insofern, als bei Knochenzertrümmerung in der oberen Körperhälfte oder Knochenmarkinjektionen im Gebiet der Cava superior die Oberlappen stärkere Fettembolie zeigten als die Unterlappen, während an der unteren Körperhälfte geritzte gleichartige Eingriffe mehr auf die Unterlappen wirkten. Der rechte Mittellappen verhält sich im allgemeinen mehr wie der Oberlappen. Aber dies Ergebnis war nicht ausnahmelos und stets nur quantitativ, da Fettfreiheit eines Gebietes fast nicht vorkam. Auch in einem Mordfalle, in dem neben Schädelzertrümmerung allerdings kleine Quetschungen an den Beinen bestanden, zeigte sich die Fettembolie etwas stärker in den Oberlappen.

Die Verfasser halten daher einen Versuch, in Fällen, wie die beiden oben angeführten, die Entscheidung auf Grund der Fettemboliverteilung in den Lungen zu treffen, für wenigstens berechtigt; eine vorsichtige Beurteilung der Befunde wird aber immer geraten sein. Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Ueber die Vergiftung durch salpetrigsaure Salze. Von Erich Harnack. Aus dem pharmakologischen Institut zu Halle a. S. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1914, Bd. 47, 2. H., S. 257.

Im Anschluß an die zwei von Molitoris mitgeteilten Vergiftungen mit salpetrigsauren Salzen beim Menschen (vergl. diese Zeitschrift 1911, erste Beilage, S. 231) erörtert Harnack den Unterschied der Wirkung der nitrosen Gase und der vom Magen aufgenommenen Alkalinitrite, die er ebenso wie Masoin in nicht allgemein bekannt gewordenen Arbeiten früher experimentell geprüft hat. Alkalinitrit wird so rasch resorbiert wie kaum ein zweites rein anorganisches Gift beim Warmblüter (Hund und Katze); es erfährt im Organismus eine rasche Reduktion, wie sich aus der starken und raschen Methämoglobinbildung im Blute und dem fast vollständige Verschwinden des Nitrits als solchen ergibt. Das eingeatmete Gas vermag durch Säurewirkung giftig zu wirken und der Methämoglobinbildung Vorschub zu leisten; dieser Faktor fehlt der Vergiftung durch die Alkaliverbindungen. Beiden Giften gemeinsam aber ist die sehr rasche Abgabe von aktivem Sauerstoff, die Methämoglobinbildung und die weiteren Folgen veranlaßt. Außerdem können aber die Salze im Magen oder beim Durchtritt durch die Magenwand durch Reduktion Hydroxylamin und Ammoniak bilden, die als weitere Gifte mit besonderen Wirkungen das Bild komplizieren und verschiedenartig gestalten müßten. Dies lassen auch die Tierversuche erkennen. Insbesondere hat Harnack die Ueberzeugung gewonnen, daß das Ammoniak als Zwischenprodukt wichtig ist. Magen, Leber und Nieren erwiesen sich wie bei Aetzvergiftung verändert, wenn große Gaben gegeben wurden, nicht bei kleinen. In solchen rasch verlaufenden Fällen ist die Methämoglobinbildung gewöhnlich schwach. Ob die allgemeinen Erscheinungen, die sicher unabhängig von der Methämoglobinbildung sind, neben dem aktiven Sauerstoff auch von Ammoniak abhängen, ist weniger sicher, aber Harnack nicht unwahrscheinlich. Das Ammoniak käme vor allem für die

Krampferregung in Frage, während die narkotischen Symptome etwa durch Reduktion von unzersetztem Nitrit innerhalb der Nervenzellen zu erklären sind. Bei den Fällen von Molitoris war einmal der Magen verändert wie bei Ammoniakvergiftung; die Lähmungen scheinen die Krämpfe überwogen zu haben. Ein praktisch wichtiger Unterschied war, daß in der menschlichen Leiche das Gift noch gut nachweisbar war, während es im Tierversuch fast immer so gut wie verschwunden ist. Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Beiträge zur Kenntnis der Bleivergiftung mit besonderer Berücksichtigung des Wertes der Symptome. Von Prof. Dr. O. Nägeli-Tübingen. Korresp. f. Schweizer Aerzte; 46, 13.

Es genügt manchmal eine außergewöhnlich geringe Menge Blei und eine unglaublich kurze Einwirkungszeit zur Hervorrufung einer Bleivergiftung, während bei weniger Disponierten jahrelang intensive Berührung mit Blei keine oder keine nennenswerte Symptome zu machen braucht.

Es kann im Laufe der Jahre eine starke Bleispeicherung eintreten, so daß dann fast plötzlich und ohne nennenswerte Vorboten ganz schwere Bleivergiftungen entstehen können, ohne Aufnahme neuer Bleimengen; diese Mobilisation der Bleispeicherung kann auf ganz geringfügige Schädlichkeiten und sehr rasch erfolgen.

Die Erscheinungen der auftretenden Bleivergiftung können stark dissoziert, mitunter monosymptomatisch sein; bald fehlt der Bleisaum; bald ist ein feines schnellschlägiges Zittern ein frühes Zeichen; bald sind die Blutbefunde (Anaemie mit zahlreichen basophil punktierten Erythrozyten) entscheidend; es fehlen oder sind vorhanden Verstopfung, Durchfall, Kolik, gespannte Gefäße, Schweiße, Abmagerung, nervöse Veränderungen. Dr. Wilcke-Konitz.

Ein Fall von tödlicher Vergiftung mit Phosphorlebertran. Von R. Magnus (Pharmakol. Institut der Reichsuniversität Utrecht). Vierteljahrsschrift für ger. Medizin; 1914, 47. Bd., H. 2, S. 265.

Ein zweijähriges Kind von 12 kg Gewicht hatte eine von einer Apothekergehilfin unbefugt verabreichte Phosphorlebertranlösung mit 1 proz. statt 0,1 proz. Phosphorgehalt bekommen, nachdem es vorher 50 g einer ärztlich verordneten 0,1 proz. gut vertragen hatte. Es erhielt an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je einen Löffel mit 21 mg Phosphor und starb unter charakteristischen Krankheitserscheinungen 2½ Tage nach der letzten Gabe. Die Obduktion ergab außer Rachitis typischen Befund für Phosphorvergiftung, nur keinen allgemeinen Icterus (die Leber war aber gelb, ein Teil des Dickdarminhalts weiß). Chemische Analyse negativ. Nachdem dargelegt ist, daß die sicher tödliche Phosphordosis in Lebertran gelöst für ein 2 jähriges Kind in maximo 20 mg beträgt, wahrscheinlich aber noch niedriger ist, wird ausgeführt, daß das Kind zweimal eine tödliche Dosis bekommen hat und an akuter Vergiftung gestorben ist, während abgelehnt werden muß, daß die voraufgegangene medizinische Phosphorbehandlung (5 mg in Tagesgaben von 0,3 mg während eines Monats) die Degenerationserscheinungen veranlassen konnte. Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Zwei Fälle von Muskatnußvergiftung. Von Dr. Richard Beck. Münchener med. Wochenschrift; 1914, S. 878.

Zum Zwecke der Kindesabtreibung hatten zwei Mädchen Muskatnuß genommen. Von zwei geriebenen Muskatnüssen, einer Messerspitz Zimt in einem halben Liter Wein wurden von dem einen Mädchen die größere Hälfte, von dem anderen Mädchen die kleinere genommen. Erstere zeigte folgende Symptome: Gesicht stark gerötet; auf Anruf keine Antwort; Atmung regelmäßig; Pupillen mittelweit, auf Lichteinfall reagierend; Bulbi nach außen gedreht; Sehnenreflexe normal; Babinski negativ; Puls klein, 95; Abdomen aufgetrieben. Temperatur im Rektum 37,8. — Magenspülung. Rettung. Die zweite Person zeigte gleiche Symptome. Dr. Graßl-Kempten.

Ein eigenartiger Fall von Vergiftung. (Selbstbeobachtung.) Von San.-Rat Dr. Georg Buschan-Stettin. Medizinische Klinik; 1914, Heft 1.

B. wurde während eines Spazierganges im September 1911 von einer sich

über den ganzen Körper erstreckenden Urticaria mit heftigstem Juckreiz, starkem Bauchgrimmen und profuser Diarrhoe befallen. 1 Stunde später überkamen ihn am Kaffeetisch zwei, nur wenige Sekunden währende, Ohnmachtsanfälle mit einigen krampfartigen Zuckungen beider Arme. Sofort nach dem Anfall war das Bewußtsein klar, Lähmung und Sprachstörung nicht vorhanden, nur große Mattigkeit. Das Herz war sehr schwach, ohne Geräusche, nicht vergrößert, der Puls nicht beschleunigt. 2 Jahre später erlebte er zu Hause einen zweiten Anfall mit denselben Symptomen, aber kurzem Bewußtseinsverlust. Als Ursache dieser Intoxikation glaubt B., da Lues, Ueberanstrengung und Schilddrüsentabletten, die er z. Zt. des 1. Anfalles nahm (0,1 p. die), ausgeschlossen sind, den Genuß von Nieren anschuldigen zu müssen, die er vor den beiden Anfällen gegessen und erklärt dies mit Idiosynkrasie für Nieren; allerdings hatte er auch schon manchmal Nieren ohne Schädigung vertragen. Nach Genuß von Krebssuppe (nicht Krebsen allein) war er früher zweimal unter heftigen Bauchschmerzen, Diarrhoe und Urticaria erkrankt.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Die puerperale Infektion vom gerichtlich-medizinischen Standpunkte aus. Von Dr. Döllner, Kreisassistenzarzt in Marburg. Habilitationsschrift zur Erlangung der Venia legendi für das Fach der Gerichtlichen Medizin und Staatsarzneikunde. Verlag von Curt Kabitzsch-Würzburg, 1914.

In der Einleitung stellt Döllner zunächst den Begriff der Wundinfektion fest, die Semmelweiß als Folge der Resorption von zersetzten tierischen Organen ansah, während nach den neueren Untersuchungen jedes selbst das kleinste Kindbettfieber als Folge einer Infektion einer Geburtswunde angesehen werden muß. Es gehört demnach zu dem Zustandekommen eines Kindbettfiebers eine Wunde und deren Infektion. Des weiteren bespricht der Verfasser die Ursache dieser Infektion, insbesondere die Frage, ob eine endogene Infektion möglich ist, eine Frage, die in der Literatur lange hart umstritten war und besonders von Gerichtsärzten die längste Zeit im negativen Sinne beantwortet wurde.

An der Hand einer großen Anzahl von Fällen aus der Literatur tritt D. ebenfalls für die Möglichkeit einer endogenen Infektion ein und schließt daran eine Zusammenstellung des Materials aus dem kreisärztlichen Archiv von Marburg-Kirchhain über 133 Erkrankungen an Kindbettfieber mit 28 Todesfällen. Von diesen 133 Fällen war in 11 Fällen (8,19 %) die Frau überhaupt innerlich nicht berührt worden, in 17 Fällen war die Ursache in der Gebärmutter nachzuweisen (Dammriß, Pyosalpinx, Gonorrhoe, totfaules Kind, Abszeß im Parametrium, Ausschlag und Entzündung der äußeren Geschlechtsteile usw.). In 30 Fällen waren die Ursachen nicht einwandfrei festzustellen. Es sind somit von den 133 Fällen mindestens 28, wo eine fremde Infektion — also exogene Infektion — ausgeschlossen werden mußte. Auch D. fand gleich anderen Autoren (Ahlfeld), daß diese nicht durch fremde Infektion erzeugten Fälle weniger bösartig sind: 14,28 % Todesfälle von 28 Erkrankungen gegenüber 22,85 % von 105 durch exogene Infektion erzeugten Krankheitsfällen. Für gerichtsärztliche Fälle erscheint ihm das Einteilungsschema von Aschow und Baisch, das mehr die kausale Seite berücksichtigt, am zweckentsprechendsten.

Verfasser bespricht dann auch die Frage der Desinfektion, der ja bezüglich der Feststellung der Ursache einer Infektion eine große Bedeutung zukommt.

Im zweiten Teile der Arbeit wird in ausführlicher Weise die Aufgabe erläutert, die dem gerichtsärztlichen Sachverständigen im Strafverfahren beziehungsweise Zivilverfahren bei der Beurteilung einer puerperalen Infektion zukommt, unter Zugrundelegung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen.

A. M. Marx-Prag.

Forensischer Fall von Stichverletzung des Großhirns. Von San.-Rat Dr. Moritz Mayer-Simmern. Vierteljahrsschrift für ger. Medizin; 1914, Bd. 47, H. 2, S. 247.

Ein 13jähriger Knabe erhielt einen Messerstich in die Gegend der rechten vorderen Zentralwindung, von der eine Parese des linken Armes und linken

Facialis zurückblieben. Etwa 7½ Monate nach der Verletzung traten Anfälle von Rindenepilepsie auf, die aber die Arbeitsfähigkeit nur wenig beeinträchtigte. Bei der Operation, 8½ Jahre nach der Verletzung, fand sich eine 1 ccm starke Verdickung des Knochens und eine etwa nußgroße adhaerente Zyste der Hirnrinde des Armzentrums, die entfernt wurde. Die Anfälle blieben 1 Jahr lang fort; dann stellte sich der erste wieder ein. Wann sich die Zyste gebildet hat, ist nicht sicher anzugeben; es ist möglich, daß sie zur Zeit des ersten epileptischen Anfalls schon bestand.

In psychologischer Hinsicht bringt der Fall einen neuen Beleg für die Personenverkennung nach Kopfverletzungen. Bei seiner ersten Vernehmung, 6 Wochen nach der Verletzung, habe der Knabe einen anderen der in Betracht kommenden Burschen als den Täter bezeichnet als nachher in der Verhandlung. Die zweite Aussage machte den Eindruck der Richtigkeit und deckte sich mit der eines intelligenten Zeugen. Sie genügte aber dem Gericht nicht, das bei den vorhandenen Widersprüchen zum Freispruch gelangte. Verfasser weist auf die ähnlichen Erfahrungen von Ziehen und Dolene hin und schließt aus dem vorliegenden Falle, daß selbst 6 Wochen nach einer Kopfverletzung die volle Verhandlungsfähigkeit noch fehlen kann, obwohl der Allgemeinzustand gut ist. Vorsicht in der Beurteilung und Protokollierung wird daher auch von ihm verlangt. Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Todesfall an akuter Herzlähmung auf dem Marsche. Von Dr. Korbsch. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1914, Heft 9.

Ein Kanonier starb unter den Zeichen einer akuten Herzlähmung nach einer geringen Marschleistung. Die Autopsie ergab mässige Dilatation des rechten, nicht unbedeutende Hypertrophie des linken Ventrikels und beginnende Skleratheromatose der Aorta; hierdurch waren die Oeffnungen der Kranzarterien stark verengt, die rechte nur für eine mittelstarke Nähnadel durchgängig. Bei Lebzeiten war am Herzen nichts krankhaftes gefunden worden; der Puls war langsam und sehr kräftig gewesen. Eine Ursache der Skleratheromatose konnte nicht gefunden werden. Dr. R. Bernstein-Mühlhausen i. Thür.

Schwere Schädigungen durch Starkstrom. Von Assistenzarzt Dr. Borck. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1914, Heft 8.

Beim Abbauen einer Fernsprechung wurde ein Sergeant durch Starkstromentladung getötet, während das Pferd, auf dem er ritt, mit dem Leben davon kam. Der Strom verlief, nach den an der Leiche gefundenen Brandwunden, von der rechten Hand zum linken Fuß; es handelte sich um einen Drehstrom von 15000 Volt Spannung. Wahrscheinlich hatte der Telephondraht beim Durchschlagen mit der Lanze die Hochspannungsleitung kurze Zeit berührt; der Starkstrom ging zunächst durch Reiter und Pferd — dann, als letzteres zu Boden gestürzt war, nur durch den Reiter, da dies den kürzesten Weg für den Strom darstellte. Es waren auch andere Erklärungsweisen denkbar, jedoch hält Borck die angegebene für die wahrscheinlichste. Im Beginn der Stromeinwirkung konnte der Verunglückte noch um Hilfe rufen, nachher scheint ein plötzlicher Herzkollaps eingetreten zu sein.

Im Anschluß an die Mitteilung dieses Falles gibt Borck eine ausführliche Darstellung der Schädigungen durch Starkstrom.

Dr. R. Bernstein-Mühlhausen i. Thür.

Strangfurche des Neugeborenen infolge Krampf des Gebärmutterhalses. Von Obermedizinalrat Dr. Walz. Prosektor am Katharinenhospital in Stuttgart. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin; 1914, 47. Bd., 2. H., S. 254.

Der neue Fall des ziemlich seltenen Vorkommnisses betraf das ausgetragene Kind einer XI-para von 23 Jahren, die drei Kinder (1., 9. und 10.) tot geboren hatte, während drei andere später gestorben waren. Wehenbeginn am 19. Sept., vollständige Erweiterung des Muttermundes am 24. Sept., Kopf abends sichtbar. Am 25. Sept. Aufhören der Wehen. Pituglandolinjektion ohne Erfolg. Secacornininjektion. Abends gelingt endlich die Entbindung mittels Einschnitt in den fest kontrahierten Muttermund, aber nur unter kräftigem Zuge. Unterhalb des Ringknorpels, am Halsansatz, saß eine

ziemlich tiefe, abgeschilferte Strangfurche, von reichlichen punktförmigen Blutungen umgeben, die ringförmig verlief und sich allmählich hinten verlor. Oberhalb von ihr war der Hals erheblich geschwollen.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Sittlichkeitsverbrechen und Aberglaube. Von Gerichtsassessor Dr. Albert Hellwig-Berlin-Friedenau. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin; 1914, Bd. 47, Heft 2, S. 315.

Hellwig vertritt auf Grund des mitgeteilten reichen Materials die Ansicht, daß nicht wenige Sittlichkeitsverbrechen aus Aberglauben begangen werden. Namentlich ist die Meinung verbreitet und gefährlich, daß Geschlechtskrankheiten durch den Beischlaf mit einem Kinde, einer Jungfrau oder einem Tiere geheilt werden. Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Besprechungen.

Prof. Dr. Th. Weyl-Berlin: Handbuch der Hygiene. II. Auflage. Herausgegeben von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. C. **Fränken**-Halle a. S. Leipzig 1913 und 1914. Verlag von Joh. Amb. Barth. Gr. 8. Lieferung 12—20.

In verhältnismäßig schneller Folge ist von dem groß angelegten Werke schon wieder eine Anzahl neuer Lieferungen erschienen, die zum vierten (Allgemeine Bau- und Wohnungshygiene) und siebenten (Gewerbehygiene) Bande des Werkes gehören. Die ersteren betreffen: Beleuchtung von Prof. Dr. H. Reichenbach-Göttingen; Leuchtgas in den Städten von Dipl.-Ing. Dr. W. Bertelsmann in Tegel und Elektrizität in Städten von Prof. Dr. K. Kuhlmann-Zürich (Abt. 2, Lief. 14; 168 S. mit 98 Abbildungen im Text; Preis: 8 (in Subskription 6,40) M.; Lüftung und Heizung von Prof. Dr. Th. Weyl-Berlin, Dr. ing. M. Berlowitz-Charlottenburg und Ing. Max Hottinger-Winterthur (Abt. 3, Lief. 15, 208 S. Mit 243 Abbildungen und 4 farbigen Tafeln; Preis: 10,0 (8,0) M.) und Hygiene des Städtebaues von Geh. Oberbaurat Dr. J. Stübben in Berlin, Prof. Dr. J. Brix in Charlottenburg (Abt. 4, Lief. 16; 110 S. mit 45 Abbildungen und 3 schwarzen Tafeln; Preis: 5,0 (4,0) M.). Die Lieferungen zum VII. Bande bringen den vollständigen allgemeinen Teil (I. Hälfte): Hygienische Fürsorge für Arbeiterinnen und deren Kinder von Dr. Agnes Bluhm in Berlin-Lichterfelde, Reinhaltung der Luft in Arbeitsräumen von Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. K. Hartmann in Berlin und Allgemeine Gewerbepathologie und Gewerbehygiene von Landesgewerbearzt Dr. Kölsch-München (Lief. 17, 19 und 20; 423 S. mit 132 Abbildungen; Preis: 21,75 (17,40), und aus dem besonderen Teil (II. Hälfte) noch die Abhandlungen über die Hygiene der Tabakarbeiter, der Lederindustrie, der Roßhaarspinnerei, Bürstenfabrikation und chemischen Großindustrie (anorganische Betriebe) von Obergewerbearzt Dr. Holtzmann in Karlsruhe (Lief. 18, 83 S. mit 14 Abbildungen; Preis: 4,50 (3,60) M. In allen Abhandlungen sind ebenso wie in den früher erschienenen Lieferungen der zweiten Auflage sowohl die hygienischen Leistungen und Fortschritte der Neuzeit, als die einschlägige Gesetzgebung des In- und Auslandes in so erschöpfender Weise berücksichtigt, daß es wohl kaum eine Frage geben dürfte, die in ihnen unbeantwortet geblieben ist. In dem Handbuch ist den beteiligten Kreisen demzufolge gleichzeitig ein Nachschlagewerk gegeben, das bei etwaigen zweifelhaften Fragen als zuverlässiger Ratgeber sicherlich nicht im Stich lassen wird. Rpd.

Prof. Dr. E. Dietrich, Geh. Ob.-Med.-Rat in Berlin und **Prof. Dr. S. Grober** in Jena: **Ergebnisse und Fortschritte des Krankenhauswesens.** Jahrbuch für Bau, Einrichtung und Betrieb von Krankenanstalten (Krankenhaus jahrbuch). I. und II. Band. Mit 148 bezw. 166 Abbildungen im Text. Jena 1912 und 1913. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°; 424 bezw. 542 S. Preis: 16 bezw. 22; geb. 17 bezw. 23 M.

Das Krankenhausjahrbuch bildet gleichsam eine Fortsetzung und Ergänzung der von den beiden Verfassern im Jahre 1911 herausgegebenen Jahr-

buches „Das Deutsche Krankenhaus“ [1]); es sollen in ihm nicht nur die Ergebnisse und Fortschritte auf dem Gebiete der Krankenhaushygiene in medizinischer, technischer und wirtschaftlicher Hinsicht gesammelt, sondern auch statistische Mitteilungen, Beschreibungen neuerer und beachtenswerter Anstalten gebracht sowie die Rechtsprechung und Gesetzgebung, die Literatur usw. berücksichtigt werden; jedenfalls ein sehr dankenswertes Unternehmen, das von den beteiligten Kreisen nur mit Freuden begrüßt werden kann. Zweck und Zeit entsprechend ist auch der Stoff nach verschiedenen Kapiteln: I. Originalarbeiten (Geschichtliches, Allgemeines, Bau und Technik); II. Beschreibungen; III. Geschichte und behördliche Vorschriften, Entscheidungen Betriebsvorschriften und Statistisches; IV. Berichte; V. Literatur; VI. Referate; VII. Technische Mitteilungen in übersichtlicher und zweckmäßiger Weise geordnet. Wer sich somit im Krankenhauswesen und über dessen ständige Fortschritte auf dem Laufenden erhalten will, dem gibt das Jahrbuch die beste und bequemste Gelegenheit; deshalb sollte es auch in keiner Krankenhausbibliothek fehlen. Leider gibt es aber nicht recht wenige Krankenhäuser, in denen man vergeblich nach einer Fachbibliothek sucht oder in denen diese nur äußerst mangelhaft ausgestattet ist, obwohl sie für den ordnungsmäßigen Betrieb eines Krankenhauses ebenso wichtig ist, wie die Ausstattung mit medizinischen Instrumenten, Apparaten usw. Rpd.

Dr. Sarason-Berlin: **Das Freilufthaus.** Ein neues Bausystem für Krankenanstalten und Wohngebäude. Mit 6 Tafeln und 32 Figuren im Text. München 1913. J. F. Lehmanns Verlag. Preis: 5 M., geb. 6 M.

Verfasser hat bereits im Jahre 1902 sein neues, damals allerdings noch unvollkommen durchgearbeitetes Bausystem für Krankenanstalten auf der Ausstellung der Internationalen Tuberkulosebekonferenz in Berlin weiteren Kreisen bekanntgegeben; er nannte es zunächst „Terrassensystem“. Seitdem ist es von ihm weiter ausgestaltet und auch für Wohngebäude aller Art nutzbar gemacht; es hat dann den Namen „Freilufthaus“ erhalten, ohne daß jedoch an dem Grundsatz des „Terrassenbaues“ — Zurücktreten der Frontseite jedes höheren Geschosses unter gleichzeitiger Anlage von nicht überdachten, sondern nur durch Markisen geschützten „Terrassenbalkons“ vor derselben — etwas geändert ist. Trotzdem die von dem Verfasser auf der Internationalen Tuberkulosekonferenz in Washington 1908 ausgestellten Modelle seiner „Freilufthäuser“ mit der goldenen Medaille ausgezeichnet sind, hat seine Reformidee bisher wenig Anerkennung und praktische Verwertung gefunden; er hat sich deshalb mit einem Wohnungshygieniker — Prof. H. Nußbaum-Hannover — einem Bauingenieur — S. Becher-Berlin — und dem Leiter des im Terrassensystem erbauten König Eduard VII. Sanatoriums in Midhurst, Dr. N. Bardswell — verbunden, um in der vorliegenden Schrift in ausführlicher Weise die Eigenart und Vorzüge seines Bausystems in baulicher, hygienischer, und wirtschaftlicher Hinsicht klarzulegen. Baupläne und vergleichende Kostenanschläge sind beigefügt. Es unterliegt keinem Zweifel, daß der von Sarason empfohlene Terrassenbau in bezug auf Zufuhr von Licht und Luft große Vorzüge besitzt und bei Krankenanstalten namentlich die sog. Freiluftkuren in scheinbar idealer Weise ermöglicht; wenn er trotzdem bisher so wenig Beifall in den berufenen Kreisen gefunden hat, so dürfte dies wohl hauptsächlich auf architektonischen Bedenken zurückzuführen sein. Deshalb dürfte es auch zweifelhaft sein, ob sich die Erwartungen des Verfassers in bezug auf den anregenden Eindruck der in seiner Schrift dargelegten interessanten und recht beachtenswerten Gedanken und Erläuterungen erfüllen werden. Rpd

---

Deutsches Rettungswesen. Berlin 1913. Verlag von Richard Schoetz. Gr. 8°; 506 S. Preis: 12,50 M, geb. 14 M.

Eine Festschrift, die dem im Jahre 1913 in Wien abgehaltenen II. internationalen Kongreß für Rettungswesen und Unfallverhütung vom Deutschen

[1]) Siehe Besprechung des Buches in Nr. 22 dieser Zeitschrift; Jahrg. 1911, S. 868.

Zentralverband für Rettungswesen gewidmet und von dessen Schriftführer, San.-Rat Dr. Cramer in Berlin-Zehlendorf, herausgegeben ist. Sie enthält zahlreiche, sehr wertvolle und von berufener Hand verfaßte Abhandlungen über die Geschichte der Entwicklung des deutschen Rettungswesens, über die Ausgestaltung des korporativen Rettungswesens im Deutschen Reiche, über die Rettungseinrichtungen beim deutschen Heere und bei der deutschen Marine, bei der Handelsschiffahrt zur See und auf Binnengewässer, über kommunales Rettungs- und Krankenbeförderungswesen, über Einrichtungen für Rettungswesen und erste Hilfe bei den Eisenbahnen und Straßenbahnen, bei der Post, in Fabriken, beim Bergbau usw. sowie beim Sport und bei elementaren Ereignissen. Die Festschrift gibt demzufolge einen vorzüglichen Ueberblick über den augenblicklichen Stand des Rettungswesen im Deutschen Reiche; sie bringt aber auch mancherlei neue Anregungen und praktische Erfahrungen auf diesem Gebiete, die für die beteiligten Kreise von besonderem Wert sind. Rpd.

Prof. Dr. Rudolf Kobert, Geh. Med.-Rat und Direktor des Instituts für Pharmakologie usw. in Rostock: **Arzneiverordnungslehre.** Für Studierende und Aerzte. Mit 62 Abbildungen und 17 Tabellen. Vierte, durchweg neubearbeitete und mit einem therapeutischen Teile versehene Auflage. Stuttgart 1913. Verlag von Ferd. Enke. Kl. 8°, 308 S. Preis: 7 Mark.

Die Kobertsche Arzneiverordnungslehre eignet sich nicht nur zur Einführung des jungen Mediziners in diese, sondern auch zum Nachschlagen für den bereits in der Praxis stehenden Arzt, denn sie gibt in ihren beiden Hauptabschnitten „Allgemeines" und „Die wichtigsten Arzneiformen" eine leicht verständliche und so recht für den praktischen Gebrauch zugeschnittene Anleitung für die bei den ärztlichen Verordnungen sowohl im allgemeinen, als mit Rücksicht auf die einzelnen Arzneiformen zu beachtenden Gesichtspunkte. Die gesetzlichen Bestimmungen sind ebenso wie die Vorschriften des neuen Deutschen Arzneibuches ausreichend berücksichtigt. Eine am Schluß beigefügte „Preistafel" wird die schnelle Orientierung über die Preise aller in dem Buche angegebenen Rezepte erleichtern; sie hat aber leider den Fehler, daß sie nicht immer als zutreffend gelten kann, da ja die Preise der Arzneimittel alljährlich durch die Deutsche Arzneitaxe geändert werden. Zweckmäßiger wäre es, statt dessen die allgemeinen Bestimmungen der Arzneitaxe wiederzugeben, die keinen oder doch nur unwesentlichen Aenderungen unterliegen und auf Grund deren sich der Arzt sehr leicht die Kosten eines Rezeptes ausrechnen kann, falls er, was doch wohl stets der Fall sein wird, einen Medizinalkalender besitzt, in dem die z. Z. geltenden Preise bei den Arzneimitteln angegeben sind. Die Kenntnis der allgemeinen Vorschriften ermöglicht ihm aber auch das Nachtaxieren von Rezepten, was nicht selten von seine Klientel gewünscht wird. In der neu erfolgten Hinzufügung einer alphabetischen Uebersicht über die wichtigsten, für pharmakotherapeutische Behandlung geeigneten Krankheiten kann Referent keine Verbesserung erblicken; sie gehört auch streng genommen nicht in ein Lehrbuch der Arzneiverordnungslehre, die mit der Therapie der Krankheiten selbst nichts zu tun hat. Rpd.

Handbuch des Medizinal- und Veterinärwesens im Königreich Sachsen. Nach dem Stande vom 1. Januar 1914 bearbeitet im Kgl. Landesgesundheitsamt. Verlag von C. Heinrich. Dresden-N. 1914. Preis broschiert: M. 1,60.

Das Handbuch bringt ein Verzeichnis nicht bloß aller dem Medizinalwesen angehörenden Personen einschließlich der Zahnärzte und Apotheker, sondern auch aller zum Zivil-Veterinärwesen und zum Militär-Medizinal- und Veterinärwesen gehörenden Personen. Die Verzeichnisse sind nach Kreishauptmannschaften und Medizinalbezirken geordnet. Bei seinem amtlichen Charakter ist es ein zuverlässiges Nachschlagebuch, das für die Medizinalbeamten und Aerzte im Königreich Sachsen unentbehrlich ist.

Tagesnachrichten.

Der schon seit Jahren befürchtete **Krieg** ist nunmehr entbrannt; ein Weltkrieg, von dem fast kein europäischer Staat verschont bleibt, für unser deutsches Vaterland aber ein heiliger Krieg wie vor 100 Jahren, ein Kampf auf Leben und Tod, um nicht nur Freiheit und Ehre, Haus und Hof, sondern auch unsere ideellen Güter, unsere Kultur zu wahren. Mit noch nie dagewesener Einmütigkeit, Opferfreudigkeit und Begeisterung geht unser ganzes Volk diesem ihm in frevelhafter Weise aufgedrungenen Kampfe entgegen, aber auch im vollen Vertrauen und in fester Zuversicht auf Sieg unser gerechten Sache! Tausende von Kollegen, darunter viele Hunderte von Medizinalbeamten, sind zu den Fahnen geeilt, um unseren verwundeten und erkrankten Soldaten helfend und heilend zur Seite zu stehen. Auf ihrem ebenso schweren wie gefahr- und verantwortungsvollem Wege werden sie allezeit von unseren herzlichsten Wünschen begleitet sein, vor allem aber von dem Wunsche, daß sie gesund und als Sieger zurückkehren mögen. Aber auch für die zurückbleibenden Kollegen gilt es jetzt, in treuer Pflichterfüllung ihre ganze Kraft in den Dienst des Vaterlandes zu stellen, um Wunden und Krankheiten zu heilen, sowie unser Vaterland vor der Einschleppung drohender Seuchen zu schützen!

Durch Königl. Urkunde vom 5. August 1914 ist das **Eiserne Kreuz** ebenso wie im Kriege 1870/71 auch jetzt wieder **erneuert.** Die Urkunde bringt insofern eine auch für Aerzte wichtige Anordnung, als künftighin allen denjenigen, die sich auf dem Kriegsschauplatze besondere Verdienste erworben haben, das Eiserne Kreuz ausnahmslos am schwarzen Bande mit weißer Einfassung verliehen wird, und daß es außerdem auch solche Personen erhalten können, die Daheim sich Verdienste um das Wohl der deutschen Streitmacht und der seiner Verbündeten erworben haben. Die Verleihung an diese Personen erfolgt am weißen Bande mit schwarzer Einfassung.

Anordnungen infolge des Krieges, soweit sie auch die Aerzte betreffen. Durch Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 1. August sind die Landeszentralbehörden zur **sofortigen Erteilung der Approbation als Arzt** an die Medizinalpraktikanten vor Beendigung des praktischen Jahres und an die Kandidaten der Medizin sofort nach dem Bestehen der Prüfung ermächtigt. Ferner sind durch Bekanntmachung vom 7. August d. J. die Vorsitzenden der ärztlichen, zahnärztlichen, pharmazeutischen und tierärztlichen Prüfungskommissionen ermächtigt, sogenannte Notprüfungen abzuhalten, die nur einen, längstens zwei Tage dauern und für die nur die Hälfte der Prüfungsgebühren zu entrichten ist. Voraussetzung für die Notprüfung ist, daß sich die betreffenden Medizinalpraktikanten und Kandidaten der Medizin, Pharmazie und Tierarzneikunde für die Dauer des Krieges den Behörden zur Verfügung stellen. Ebenso ist (in Preußen durch Ministerial-Erlaß vom 3. August 1914) eine Notprüfung von Krankenpflegern, die nicht länger als 3 Stunden dauern soll, zugelassen, falls diese wenigstens 6 Monate am Unterricht einer staatlich anerkannten Krankenpflegeschule mit Erfolg teilgenommen haben und im Heeresdienste oder in Reservelazaretten beschäftigt werden sollen. Gleichzeitig ist die Prüfungsgebühr auf 12 Mark herabgesetzt. Endlich sind, um die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen zu sichern, durch die Gesetze vom 4. August d. J. die Regelleistungen auf Krankenhilfe, Wochengeld und Sterbegeld beschränkt, so daß alle Mehrleistungen während des Krieges fortfallen; desgleichen ist die Höhe der Beiträge auf mindestens $4^1/_2$% des Grundlohnes festgesetzt. Außerdem ist bestimmt, daß die Mitgliedschaft für die während des Krieges zu Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichen Diensten einberufenen Kassenmitglieder nicht erlischt, wenn sie binnen 6 Wochen nach ihrer Rückkehr in die Heimat wieder in die Krankenversicherung eintreten.

Abänderung der ärztlichen Prüfungsordnung. Vom Reichsamt des Innern ist ein Entwurf für eine Abänderung der Prüfungsordnung für Aerzte aufgestellt worden, der den Bundesregierungen zur Rückäußerung vorliegt. Er ist das Ergebnis eingehender Beratungen zwischen der Reichsregierung und

den zuständigen preußischen Ressorts. Als wichtigste Aenderung kommt dabei eine stärkere Berücksichtigung der sozialen Medizin in der ärztlichen Ausbildung in Betracht. Die geltende Prüfungsordnung vom Jahre 1901 berücksichtigt die soziale Medizin überhaupt nicht; bei ihrer steigenden Bedeutung durch den Ausbau der sozialen Gesetzgebung ist aber ein Bedürfnis nach ihrer Berücksichtigung in der ärztlichen Ausbildung unbedingt anzuerkennen. Die Ansichten gingen bisher darin auseinander, ob bereits die Studienzeit der geeignete Zeitpunkt dafür sei, oder ob die Beschäftigung mit der sozialen Medizin, die nach Ansicht vieler Autoritäten ein abgeschlossenes medizinisches Studium voraussetzt, nicht besser in das praktische Jahr zu verlegen wäre. Die gepflogenen Verhandlungen haben sich für die letztere Ansicht entschieden. Die Betätigung in der sozialen Medizin kann dann allerdings erfolgreich nur in großen Orten geschehen, wo Träger der sozialen Versicherung ihren Sitz haben, denen Entscheidungen auf Grund ärztlicher Gutachten zustehen. Die anderen vorgeschlagenen Aenderungen der Prüfungsordnung sind nicht grundsätzlicher Art; zu erwähnen ist noch eine Erleichterung in bezug auf die Dispensationen von einzelnen Bestimmungen der Prüfungsordnung, um den Bundesrat wenigstens teilweise zu entlasten.

Die für August und September d. Js. festgesetzten **Versammlungen und Kongresse** sind infolge des Krieges bis auf weiteres **vertagt.** Dies gilt insbesondere betreffs der 86. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte und der XV. Tagung der deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin, betreffs des Deutschen Apothekertages usw.

Pest. Im Gouvernement Astrachan (Rußland) sollen angeblich neue Pesterkrankungen vom 14.—23. Juli nicht mehr vorgekommen sein; in Aegypten betrug die Zahl der Erkrankungen (Todesfälle) vom 18.—24. Juli: 6 (9), in Britisch-Indien vom 21.—27. Juni: 750 (661) und vom 28. Juni bis 4. Juli: 542 (474), in Niederländisch-Indien vom 1.—14. Juli: 554 (484), in Hongkong vom 21. Juni bis 4. Juli: 57 (49).

Cholera. In Podolien (Rußland) sind bis zum 23. Juli 113 Erkrankungen, darunter 53 mit tödlichem Ausgang, festgestellt.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 12. bis 18. Juli 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rotz, Tollwut, Rückfallfieber, Aussatz, Fleckfieber, Pocken: — (—); Milzbrand: 1 (1); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 2 (—); Unterleibstyphus: 234 (16); Ruhr: 13 (2); Diphtherie: 1023 (65); Scharlach: 1252 (69); Kindbettfieber: 75 (27); Genickstarre: 3 (—); spinaler Kinderlähmung: 2 (1); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 11 (0); Körnerkrankheit (erkrankt) :306; Tuberkulose (gestorben): 646.

Mitteilung. Da infolge des Krieges ein großer Teil des Personals der Druckerei einberufen ist, wird die Zeitschrift bis auf weiteres in erheblich verringertem Umfange erscheinen; insbesondere gilt dies betreffs der Berichtsbeilage, die diesmal noch beigelegt werden konnte, da Satz und Druck schon vor der Mobilmachung fertiggestellt war.

Redaktion: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 17. Ausgegeben am 5. September 1914.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch

J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 17.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem Med.-Rat Kreisarzt Dr. Jungmann in Guben; — als Medizinalrat: den Kreisärzten Dr. Bachem in Euskirchen, Dr. Wolters

in Coesfeld, Dr. Dörschlag in Bromberg, Dr. v. Gizyki in Brieg, dem Stadtarzt Dr. Schroeder in Altona sowie dem Privatdozenten Prof. Dr. Thomsen in Bonn, Mitglied des Provinzial-Medizinalkollegiums der Rheinprovinz; — als Geheimer Sanitätsrat: den Sanitätsräten, Prof. Dr. J. Cassel, Dr. E. Friedländer, Dr. Rudolf Schäfer, Dr. Ad. Gottstein, Dr. Joh. Handtmann, Dr. Herm. Taenzer, Dr. Karl Schorler und Dr. O. Lehmann in Charlottenburg, Dr. Max Goldstein, Dr. Wilhelm Wille, Dr. Fritz Winzer, Dr. v. Zelberschwecht-Laszewski, Dr. Otto Mauer und Dr. Ludwig Plotke in Berlin, Dr. Eduard Huth in Prenzlau, Dr. Erdmann Kothe in Oberglogau, Dr. August Rohden in Bad Oeynhausen, Dr. Moritz Rosenstein in Breslau, Dr. Otto Salecker in Elbing und dem Direktor der Provinzialhebammenlehranstalt Dr. med. Baumm in Breslau; — als Sanitätsrat: den Aerzten Dr. Albrecht in Schmitten, Dr. Altenburg in Bebra, Dr. Anker in Lichtenrade, Dr. Becker in Gravenstein, Dr. Friedr. Berndt in Stralsund, Dr. Berthold Beselin in Berlin-Lichterfelde, Dr. Markus Bischofswerder, Dr. Franz Blümel und Dr. Karl Bruck in Berlin, Dr. Paul Bickenbach, Dr. August Bremer und Dr. Buchfeld in Elberfeld, Dr. Axel Block in Wandsbek, Dr. Bruhn in Wentorf, Dr. Buddeberg in Bielefeld, Dr. Oskar Büttner in Erfurt, Dr. Butzbach in Apenrade, Dr. Leopold Caro in Berlin-Wilmersdorf, Dr. Colla in Gadderbaum bei Bielefeld, Dr. Max Crüger in Elbing, Dr. Demme in Ummendorf, Dr. Wilhelm Ebner in Cöln a. Rhein, Dr. Ernst Engelmann in Magdeburg, Dr. Thilo Ehrhardt in Landsberg bezw. Merseburg, Dr. Wilh. Fischer in Lübbenau, Dr. Julius Frankenstein in Kassel, Dr. Frings in Oberpleis, Dr. Glasow in Ahlbeck, Dr. Golliner in Burgdorf, Dr. Grötschel in Neisse, Dr. Groß in Löwen i. Schl., Dr. Großmann in Kindelbrück, Dr. Hampel in Lassoth, Dr. Hayn in Beuthen O. S., Dr. Rudolf Heimann in Cöln a. Rhein, Dr. Helpup in Bielefeld, Dr. Hildebrandt in Lüneburg, Dr. Heymann Hirschfeld in Spandau, Dr. Heinr. Hollen in Cöln a. Rhein, Dr. Kann und Dr. Heinr. Koch in Bad Oeynhausen, Dr. Kerris,

Oberarzt der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Johannisthal bei Süchteln, Dr. Karl Koch in Wiesbaden, Dr. Könneke in Paderborn, Dr. Gust. König in Bergen, Bez. Lüneburg, Dr. Köppen in Norden, Dr. Theodor Kosterlitz in Berlin-Schöneberg, Dr. Krahé in Cöln a. Rhein, Dr. Kühne in Jodlauken, Dr. Ferd. Lahnstein in Wiesbaden, Dr. Eugen Lehfeldt und Dr. Julius Lilienthal in Berlin, Dr. Lotzin in Allenstein, Dr. Mankiewitz in Neukölln, Dr. Wilh. Mayer in Aachen, Wilh. Meinberg in Salzhausen, Dr. Rud. Meyer in Osnabrück, Dr. Hugo Müller in Kassel, Dr. Wilh. Müller in Enger, Dr. Wilh. Müller in Cöln a. Rh., Dr. Herm. Nathan in Charlottenburg, Dr. Niemann in Rheine, Dr. Nieprasch in Küstrin, Dr. Joh. Nippen und Dr. Gabriel Nolden in Cöln a. Rh., Dr. Rud. Ohren in Crefeld, Dr. Friedrich Otto in Wiesbaden, Dr. Georg Pasewaldt in Zehlendorf, Dr. Pieper in Dürrenberg, Dr. Ludw. Pollack und Dr. Walter Rentel in Berlin, Dr. Proskauer in Kattowitz O.-S., Dr. Quint in Solingen, Dr. Reimers in Wandsbeck, Dr. Reuter in Sonderburg, Dr. Roßberg in Aschersleben, Dr. Paul Scharff in Stettin, Dr. Josef Scheben in Bonn, Dr. Schoekiel in Tostedt, Dr. Schuckelt in Bad Schmiedeberg, Dr. Simon in Ullersdorf, Dr. Stadtländer in Mellendorf, Dr. Sunkel in Bielefeld, Dr. Theuerkauf in Magdeburg, Dr. Trottmann in Essen, Dr. Troplowitz in Oppeln, Dr. Umpfenbach in Erfurt, Dr. Unger in Kurnik, Dr. Weber in Norderney, Dr. Werner in Neukölln, Dr. Max Werner in Magdeburg, Dr. Westphal in Wilhelmshaven, Dr. Weyhe in Sörup, Dr. Wichmann in Hanerau, Dr. Franz Willecke in Nordhausen, Dr. Wullenweber in Schleswig und Dr. Alexander Zain in Cöln a. Rh. — als Geheimer Regierungsrat:

dem Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes Dr. Würzburg in Berlin; — zum Ehrenritter des Johanniterordens: Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Bernhard v. Kamptz in Marburg; — der Rote Adlerorden IV. Kl.: dem Geh. San.-Rat Dr. Loewenthal in Königsberg i. Pr., dem San.-Rat Dr. Reuter in Berlin; — der Kronenorden IV. Klasse: dem Kreisarzt Dr. Stoll in Heydekrug und dem Chefarzt des Krankenhauses Dr. Bartsch in Pilchowitz.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Kommandeurkreuzes II. Klasse des Großherzoglich Badischen Ordens Berthold des Ersten: dem Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich in Berlin; — des Ehrenritterkreuzes I. Klasse des Großherzoglich Oldenburgischen Haus- und Verdienstordens des Herzogs Peter Friedrich Ludwig: dem Arzt Dr. Heinhaus in Crefeld; — des Kommandeurkreuzes I. Klasse des Königlich Norwegischen Ordens vom heiligen Olaf: dem Geh. San.-Rat Prof. Dr. Körts in Charlottenburg; — des Ritterkreuzes des Königl. Bulgarischen Zivilverdienstordens: den Assistenzärzten Dr. Rosenthal und Dr. Hesse in Berlin; — der IV. Klasse des Königlich Bulgarischen Tapferkeitsordens und des Bulgarischen Verdienstkreuzes: dem Assistenzarzt Dr. Kohlschütter in Berlin; — das Ritterkreuz des Päpstlichen Ordens des Heiligen Gregorius des Großen: den San-Räten Dr. Hahn in Erkelentz und Dr. Wolter in Cöln; — des Ritterkreuzes I. Klasse des Herzoglich Braunschweigischen Ordens Heinrich des Löwens und des Sterns zum Kommandeurkreuzes des Königl. Griechischen Erlöserordens: dem Kaiserl. Leibarzt Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. Niedner in Berlin.

Der heutigen Nummer liegt eine Bestellkarte von **Fischers medic. Buchhandlung (H. Kornfeld)** in **Berlin**: „Vollbrecht-Wieting: Kriegsärztliche Erfahrungen" bei, worauf wir noch besonders hinweisen.



Apotheker E. Taeschner's
Pertussin
Gegen Keuchhusten,
und Bronchial-Katarrh
E. TAESCHNER
Asthma, Kehlkopf



Eingetragene Schutzmarke.

27. Jahrg. Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE. 1914.

Ernannt: Privatdozent Dr. Bruno Heymann in Berlin zum Abteilungsvorsteher am Hygienischen Institut der dortigen Universität.

Versetz: Kreisarzt Dr. Ehlers in Großkamsdorf (Kreis Ziegenrück) in gleicher Eigenschaft in den Kreisarztbezirk Jerichow II mit Wohnsitz in Genthin.

Gestorben: San.-Rat Dr. Gottschalk in Frankfurt a. M., Feld-Unterarzt Wertheim aus Aachen und Dr. Werner Meyer in Groß-Burgwedel bei Hannover (alle drei im Felde gefallen), San.-Rat Dr. Karl Schwarz in Stettin, die Geh. San.-Räte Dr. Körner in Trebnitz i. Schles., Dr. le Blanc in Opladen (Reg.-Bez. Düsseldorf) und Dr. Bohtz in Stargard (Pommern), die San.-Räte Dr. Jarmer in Lüben (Reg.-Bez. Liegnitz), Dr. Höyink in Arnsberg, Abteilungsarzt Dr. Meltzing in Duisburg, Dr. Rogage in Berlin-Friedenau.

Königreich Bayern.

Gestorben: Hofrat Dr. Eisenreich in München, Bezirksarzt a. D. Julius Müller in Murnau, Dr. Hans Schmitt in München.

Königreich Württemberg.

Gestorben: Oberarzt Dr. Stamer in Reutlingen (gefallen im Kriege), Dr. Blersch in Riedlingen und Dr. Josenhans in Wildbad.

Grossherzogtum Sachsen-Weimar.

Gestorben: San.-Rat Dr. Witthauer in Eisenach.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Oberstabsarzt a. D. Paul Müller in Braunschweig.

Erledigte Stellen.

Königreich Preussen.

Die Stelle des **Kreisassistenzarztes** und Assistenten bei dem **Medizinaluntersuchungsamte in Hannover.** Jahresremuneration: 2500 M. Bakteriologische Vorbildung erforderlich. Die Stelle kann auch einem nicht kreisärztlich approbierten Arzte vorläufig auftragsweise übertragen werden, wenn er den Anforderungen für die Zulassung zur kreisärztlichen Prüfung genügt und sich zur alsbaldigen Ablegung der Prüfung verpflichtet.

Bakteriologisch geschulte Aerzte, die nicht militärpflichtig sind, werden für den Dienst in den Königlichen Medizinalversicherungsämtern und Hygienischen Instituten sofort gesucht.

Anmeldungen in der Medizinalabteilung des Ministers des Innern in Berlin, Schadowstraße Nr. 10.

deutung sein kann. Weil nun aber entgegen den anderen klinischen Fächern in der Psychiatrie mit der Therapie unbedingt eine Kenntnis der einschlägigen Bestimmungen verbunden sein muß, so sei es mir gestattet, im Rahmen dieses Aufsatzes lediglich nach praktischen Gesichtspunkten zwei juristische Begriffe kurz

27. Jahrg. **Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE.** 1914.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 17.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Sept.

Ueber Geschäftsfähigkeit und Zurechnungsfähigkeit.

Von Dr. **Heinrich Többen**, Dozent für gerichtliche Psychiatrie.
(Nach einem im Verein für ärztliche Fortbildung zu Münster i. W. im Dezember 1913 gehaltenem Vortrage.)

Mehr und mehr hat sich im letzten Jahrzehnt die Ansicht Bahn gebrochen, daß die Psychiater aus ihrer mitunter etwas weldfremden Reserve heraustreten und die große Zahl der praktischen Aerzte sowohl, wie auch die Medizinalbeamten in größerem Umfange als bisher für ihr Spezialfach interessieren müssen: Denn die Fortschritte der Irrenpflege, die namentlich in den letzten Jahren sehr groß gewesen sind, müssen unbedingt auch dem Allgemein-Praktiker zu Gute kommen, dessen verständnisvolles Eingreifen gerade bei den akut verlaufenden Geistesstörungen und bei den Anfangsstadien schwerer, protrahiert verlaufender Psychosen häufig von ausschlaggebendster Bedeutung sein kann. Weil nun aber entgegen den anderen klinischen Fächern in der Psychiatrie mit der Therapie unbedingt eine Kenntnis der einschlägigen Bestimmungen verbunden sein muß, so sei es mir gestattet, im Rahmen dieses Aufsatzes lediglich nach praktischen Gesichtspunkten zwei juristische Begriffe kurz

zu erörtern, deren Kenntnis und richtige Interpretation dem Arzte und seinen Kranken von großem Nutzen sein kann: Ich meine die Geschäftsfähigkeit und die Zurechnungsfähigkeit.

Die Geschäftsfähigkeit kann man bezeichnen als die Fähigkeit, sich selbständig durch rechtsgeschäftliche Willenserklärungen zu berechtigen und zu verpflichten. Wenn wir sie richtig verstehen wollen, so teilen wir das menschliche Leben am besten in drei Abschnitte ein:

1. In die Zeit von der Geburt bis zum 7. Lebensjahre, das ist das Zeitalter der Geschäftsunfähigkeit.

2. In die Zeit vom vollendeten 7. Lebensjahre bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres, das ist das Zeitalter der beschränkten Geschäftsfähigkeit.

3. In die Zeit vom vollendeten 21. Jahre an, einem Lebensabschnitt, mit dem die volle Geschäftsfähigkeit einsetzt.

Die allmähliche Entstehung der Geschäftsfähigkeit können wir uns verständlich machen durch das am Ende der Entwicklungsjahre einsetzende Abschleifen des Egoismus und durch den Eintritt in das praktische Leben mit seinem Kampf ums Dasein und seinen Interessenkonflikten. Die praktische Bedeutung der Geschäftsunfähigkeit und der beschränkten Geschäftsfähigkeit ergibt sich aus dem Wortlaut der §§ 105 und 107 des B.G.B. Der § 105 B.G.B. sagt:

„Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig. Nichtig ist auch eine Willenserklärung, die im Zustand der Bewußtlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistestätigkeit abgegeben wird."

Der § 107 B.G.B. lautet:

„Der Minderjährige (d. h. also der beschränkt Geschäftsfähige) bedarf zu seiner Willenserklärung, durch die er nicht lediglich einen rechtlichen Vorteil erlangt, der Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters."

Der Minderjährige kann also Schenkungen annehmen, aber ohne Genehmigung des gesetzlichen Vertreters nichts kaufen, keinen Vertrag schließen, keinen Wohnsitz begründen oder aufheben, kein Testament machen, nicht ohne Zustimmung des gesetzlichen Vertreters oder des Obervormundschaftsgerichtes heiraten. Er kann jedoch mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes selbständig ein Erwerbsgeschäft betreiben. Der beschränkt Geschäftsfähige ist also nur insofern selbständig, als er durch seine Willenserklärung die Rechtslage verbessert. Eine Vorsorge ist da, wo der Minderjährige rechtlich nur gewinnen kann, nicht notwendig.

Nach diesen Vorbemerkungen wird uns die Entmündigung, zu deren Besprechung nunmehr übergegangen werden soll, psychologisch verständlich erscheinen. Die gesetzliche Grundlage gibt uns der § 6 B.G.B., dessen erster Absatz lautet:

„Entmündigt kann werden, wer infolge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag."

Wollen wir diesen Paragraphen unserem ärztlichen Empfinden näher bringen, so empfiehlt es sich zunächst, die Frage aufzuwerfen: Was ist Geisteskrankheit, was ist Geistesschwäche?

Es sind in diesem Zusammenhang keine medizinische, sondern lediglich juristische Begriffe, die nur verständlich sind aus ihren Folgen. Die Geisteskrankheit ist die schwerere, die Geistesschwäche die leichtere Form der Erkrankung.

Völlig geschäftsunfähig ist, wer wegen Geisteskrankheit entmündigt wurde (vergl. § 104 B.G.B.).

Wer dagegen wegen Geistesschwäche, wegen Verschwendung oder wegen Trunksucht entmündigt, oder nach § 1906 B.G.B. unter vorläufige Vormundschaft gestellt ist, steht in Ansehung der Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das siebente Lebensjahr vollendet hat. Die Entscheidung ist keine psychiatrische, sondern eine überwiegend tatsächliche, die der Richter trifft, und die nur zum Teil auf dem ärztlichen Gutachten beruht, das den Stoff zu seinen Schlüssen liefert.

Was heißt nun seine Angelegenheiten besorgen?

Diese Frage kann im allgemeinen der Richter besser beurteilen als der Arzt. Unter Angelegenheiten sind nicht nur die Vermögensangelegenheiten, sondern die gesamten Lebensverhältnisse, z. B. auch die Sorge für die eigene Person, die Sorge für Angehörige, die Erziehung der Kinder und die Beziehungen zur Gesellschaft zu verstehen.

Das Entmündigungsverfahren kann nur von Verwandten, dem Ehegatten oder dem gesetzlichen Vertreter, dem die Sorge für die Person zusteht, beantragt werden. Der Antrag kann schriftlich oder zu Protokoll des Gerichtsschreibers erfolgen und muß die Beweismittel näher bezeichnen. Zu den Beweismitteln kann auch vor Einleitung des Verfahrens ein ärztliches Attest gehören. Der Staatsanwalt kann in jedem Falle die Entmündigung beantragen; die Einleitung des Verfahrens erfolgt jedoch nur durch das zuständige Amtsgericht, das den zu Entmündigenden persönlich unter Zuziehung eines Sachverständigen zu vernehmen hat. Es müssen beim Termin ein oder mehrere Sachverständige zugezogen werden; in der Hauptsache werden Kreis- und Gerichtsärzte, nicht selten aber auch Psychiater gewählt. Diese Sachverständigen erstatten ein mündliches oder schriftliches Gutachten. In zweifelhaften Fällen kann der Sachverständige die Beobachtung in einer Heilanstalt (auch Privatanstalt) beantragen.

Nach dem Termin und nach Anhörung des Sachverständigen ist es Sache des Gerichtes, ob es die Entmündigung aussprechen will oder nicht.

Der Entmündigungsbeschluß muß der Vormundschaftsbehörde mitgeteilt werden und, wenn der Entmündigte unter elterlicher Gewalt steht, auch dem gesetzlichen Vertreter. Bei Entmündigung wegen Geistesschwäche ist der Beschluß auch dem Entmündigten selbst zuzustellen. Der Antrag auf Aufhebung der Entmündigung muß bei dem zuständigen Amtsgericht gestellt werden; er kann zu jeder Zeit eingebracht werden und muß die nötigen Beweismittel enthalten. Vor Auf-

hebung der Entmündigung sind ein oder mehrere Sachverständige zu hören.

Was nun das Entmündigungsgutachten selbst anlangt, so ist bei der Beurteilung der Frage, ob Geisteskrankheit oder Geistesschwäche vorliegt, eine Exemplifizierung auf die einzelnen Formen von Seelenstörung schwer durchzuführen, weil eigentlich jede psychische Krankheit leicht und schwer auftreten kann. Ganz allgemein aber wird man sagen können, daß die Idioten, Fälle von akuter und chronischer Paranoia, von Jugendirresein und Amentia, daß hochgradig ängstliche Melancholiker, in stärkerem Grade manische Paralyker sowie alle Geisteskranken, bei denen bereits eine stärkere Verblödung eingetreten ist, als geisteskrank im Sinne des § 6 B.G.B. zu betrachten sind.

Auf Geistesschwäche wird zum Beispiel zu schließen sein bei im leichten Grade Imbezillen, bei gewissen Fällen von Epilepsie und Hysterie und bei den leichteren Fällen der vorstehend erwähnten Erkrankungen. In jedem Falle wird es aber immer einer speziellen Erwägung der einzelnen Momente bedürfen.

Der Tenor eines Gutachtens für Geistesschwäche würde lauten können:

„Der p. X. ist zwar noch imstande, leichtere Ueberlegungen ohne Dazwischenkunft krankhafter Momente auszuführen und sich in gewisser Weise zu beherrschen. Bei Ausführung von Dingen aber, die eine längere Ueberlegung und umfangreiche Vorarbeiten bedürfen, treten seine krankhaften Zustände hindernd dazwischen. X. ist daher unfähig, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen und muß im Sinne des § 6 B.G.B. als geistesschwach bezeichnet werden.“

Als Tenor für Geisteskrankheit könnte man folgenden Wortlaut wählen:

„Der p. X. ist in seinen intellektuellen Leistungen so beschränkt, daß er einem unmündigen Kinde gleichgestellt ist. Er ist also im Sinne des § 6 B.G.B. geisteskrank und außerstande, seine Angelegenheiten zu besorgen.“

Vielfach nicht genügend bekannt ist den Aerzten die Tatsache, daß ein Volljähriger nach § 1906 B.G.B. unter vorläufige Vormundschaft gestellt werden kann, wenn das Vormundschaftsgericht es zur Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Person oder des Vermögens des Volljährigen für erforderlich erachtet. Diese vorläufige Vormundschaft kann auch bei Verschwendung beantragt werden und bietet besonders bei den in der Gegenwart so häufigen Dégénérés, die in sinnloser Weise ihr Vermögen verprassen, in einigen Fällen eine sehr wirksame Handhabe, um sie durch das Damoklesschwert der über ihnen schwebenden vorläufigen, aber noch nicht definitiven Entmündigung zur Raison zu bringen.

Was nun die Entmündigung wegen Trunksucht anlangt, so kommt als Grundlage der Absatz 3 des § 6 B.G.B. in Frage. Er lautet wörtlich:

„Entmündigt kann werden, wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, oder sich und seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt, oder die Sicherheit anderer gefährdet.“

Der wegen Trunksucht Entmündigte hat die Geschäftsfähigkeit eines Minderjährigen. Unter Berücksichtigung des Umstandes, daß der Vormund nach §§ 1631 und 1800 B.G.B. das Recht hat, den Aufenthalt des Mündels zu bestimmen, kann ein entmündigter Trinker auch wider seinen Willen durch den Vormund in einem Trinkerasyl untergebracht werden.

Das Verfahren der Entmündigung ist öffentlich. Die Entmündigung wegen Trunksucht erfolgt durch Beschluß des Amtsgerichtes; ein Sachverständiger ist nicht nötig. Die Staatsanwaltschaft ist nicht berechtigt, Anträge auf Entmündigung wegen Trunksucht zu stellen. Diese Tatsache ist nach meinen Erfahrungen sehr zu bedauern; denn häufig wagt es die eingeschüchterte Ehefrau eines Trinkers nicht, den Antrag zu stellen, weil sie fürchtet, infolge dieses Schrittes von ihrem Gatten brutalisiert zu werden. Wichtig ist die Möglichkeit der Aussetzung der Beschlußfassung nach § 681 Str.-P.-O., welcher sagt:

„Ist die Entmündigung wegen Trunksucht beantragt, so kann das Gericht die Beschlußfassung über die Entmündigung aussetzen, wenn Aussicht besteht, daß der zu Entmündigende sich bessern werde."

Dieser Paragraph gibt uns ein Erziehungsmittel in die Hand, das bei richtiger Anwendung mitunter zum Ziele führen kann. Eine Aussicht auf Heilung ist jedoch meistens nur dann vorhanden, wenn der Trinker sich in eine Trinkerheilstätte begibt. Er muß mindestens anderthalb Jahre dort bleiben, sonst ist der Aufenthalt zwecklos; später ist der Eintritt in einen Abstinenzverein bei manchen Fällen zu empfehlen.

Ganz kurz soll hier auch die Pflegschaft besprochen werden. Der für diese Einrichtung grundlegende § 1910 B.G.B. lautet:

„Ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, kann einen Pfleger für seine Person und sein Vermögen erhalten, wenn er infolge körperlicher Gebrechen, insbesondere, weil er taub, blind oder stumm ist, seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag."

Vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, infolge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten nicht zu besorgen, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten. Die Pflegschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden; es sei denn, daß eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist. Der § 1920 B.G.B, bestimmt, daß eine nach § 1910 angeordnete Pflegschaft von dem Vormundschaftsgericht aufzuheben ist, wenn der Pflegebefohlene die Aufhebung beantragt.

Was sind nun geistige Gebrechen im Sinne des § 1910? Es sind im wesentlichen Geisteskrankheiten im Beginn, leichtere Fälle von Geisteskrankheit und die Geisteskrankheiten in der Besserung oder auf dem Wege zur Genesung, ferner die geistigen Ausfallserscheinungen, wie sie nach Gehirnschlagsanfällen und nach nicht allgemein verbreiteten organischen Hirnkrankheiten

(z. B. Hirnsyphilis oder Hirntumoren) auftreten. Eine Pflegschaft wird im allgemeinen eingerichtet einmal, wenn es sich darum handelt, bei einer leichteren psychischen Anomalie dem geistig Gebrechlichen gerade für den bestimmten Kreis von Angelegenheiten oder einzelne seiner Angelegenheiten, die er infolge seiner geistigen Gebrechen nicht zu besorgen vermag, einen Helfer zu geben, oder zweitens, wenn bei ausgesprochener Geisteskrankheit, selbst wenn die gesamten Angelegenheiten nicht besorgt werden können, einzelne oder ein bestimmter Kreis der Angelegenheiten eine dringende sofortige Erledigung fordern.

Wenn im Anschluß an die bisherigen Bemerkungen über die Geschäftsfähigkeit trotz des immerhin fehlenden inneren Zusammenhanges auch die Zurechnungsfähigkeit gestreift werden soll, so bin ich mir klar darüber, daß diese Gegenüberstellung nur aus Gesichtspunkten der ärztlichen Praxis heraus berechtigt erscheint. Die Gutachten über Zurechnungsfähigkeit beschäftigten sich durchweg mit dem § 51 des R.-Str.-G.-B., der wie folgt hier wörtlich zitiert werden möge:

„§ 51: Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war."

Der Paragraph enthält zwei Teile: Der erste Teil enthält die Frage nach dem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit. Er ist vom Sachverständigen zu beantworten, während der zweite Teil, die Frage nach der freien Willensbestimmung, vom Richter zu beantworten ist. Einige ärztliche Autoren, z. B. Mendel, lehnen die Beantwortung der zweiten Frage sogar ab. Immerhin kann aber die Tatsache, daß der Arzt als Berater des Richters zum Sachverständigen berufen wird und moralisch verpflichtet ist, diesem mit allen Mitteln zur Bildung des Urteils behilflich zu sein, Veranlassung geben, auch die Frage nach der freien Willensbestimmung zu beantworten. Das Endurteil aber, ob der § 51 in Anwendung zu ziehen ist oder nicht, steht nicht dem Arzt, sondern dem Richter zu, der durchaus nicht an das Gutachten des Arztes gebunden ist.

Der § 51 kennt nach seinem klaren Wortlaut nur geistige Gesundheit und geistige Krankheit, ein Zwischenglied gibt es nicht. Es handelt sich hier immer um die Geisteskrankheit im medizinischen Sinne, nicht um die Geisteskrankheit des B.G.B.

Zwischen geistiger Gesundheit und geistiger Krankheit steht die Gruppe der Grenzzustände, die besonders in den letzten Jahren klinisch sehr genau erforscht ist, in dem geltenden Recht aber keine Berücksichtigung findet. Diese Berücksichtigung wird durch die Bestrebungen der internationalen kriminalistischen Vereinigung und des deutsch-österreichischen Juristentages dringend gefordert. Dem bisherigen Mangel sucht

Aschaffenburg durch folgenden Abänderungsvorschlag des § 51 hinsichtlich der lex ferenda abzuhelfen:

„Befand sich der Täter zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlung in einem Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit, so treten folgende Bestimmungen in Kraft:

a) Bei ausgesprochener Geisteskrankheit, erheblicher Trübung des Bewußtseins oder hochgradiger Geistesschwäche ist der Täter nicht strafbar, der Täter wird statt dessen verwahrt.

b) War der Grund der krankhaften Störung der Geistestätigkeit oder der Geistesschwäche nur gering, so tritt an die Stelle der Straflosigkeit eine Verwahrung des Täters in einer entsprechenden Anstalt. Ueber die Notwendigkeit, Art und Dauer dieser Versorgung entscheidet sowohl im Falle a als b der Richter nach Anhörung der Verwaltungsbehörden und Erhebung eines ärztlichen Gutachtens."

Aschaffenburg denkt sich also unter Ausschaltung der Vergeltungstheorie die Zukunft der Gesetzgebung so, daß die freie Willensbestimmung im Sinne des Determinismus für den § 51 beseitigt und durch entsprechende Verwahrung des Verbrechers eine möglichst große Anpassung an die Individualität stattfindet.

Der § 63 des Vorentwurfs zum Str.-G.-B. sagt im ersten Absatz, daß nicht strafbar ist, wer zur Zeit der Begehung der Tat geisteskrank, blödsinnig oder bewußtlos war. Im § 65 wird dann bestimmt, daß das Gericht, falls die öffentliche Sicherheit dies erfordert, die Unterbringung desjenigen in einer Heil- und Pflegeanstalt anzuordnen hat, der nach § 63 Abs. 1 freigesprochen ist.

Trotz der Schwierigkeit einer Definition können wir vom Standpunkte des Praktikers ausgehend die freie Willensbestimmung als die Fähigkeit bezeichnen, die Motive eines Durchschnittmenschen unserer Zeit und unserer Umgebung mit normaler Stärke auf unseren Charakter und unsere Individualität wirken zu lassen, also kurz gesagt: als eine normale Bestimmbarkeit durch normale Motive.

Ist die Individualität des Menschen durch krankhafte Zustände so verändert, daß die Wirksamkeit der normalen Motive aufgehoben wird, so bezeichnen wir in der Praxis die Willensfreiheit als aufgehoben.

Ohne uns in den erbitterten Kampf, der zwischen den Freunden und Feinden der Willensfreiheit, zwischen den Indeterministen und den Deterministen hüben und drüben entbrannt ist, hineinzubegeben und ohne uns um eine lex ferenda schon heute Sorge zu machen, können wir der Gruppe der Grenzzustände folgendermaßen gerecht werden:

Wir führen für diese Gruppe — solange die lex lata fortbesteht, — dem Vorgang Kahls folgend den Ausdruck der psychopathischen Minderwertigkeit ein und suchen bei Entwicklung der Untersuchungsresultate durch Gebrauch dieser Bezeichnung gewissermaßen für mildernde Umstände zu plädieren. Der Ausdruck „geminderte Zurechnungsfähigkeit" gehört dagegen an sich nie in ein Gutachten, zumal, da er in der lex lata überhaupt nicht vorgesehen ist. Wohl erscheint

es aber des öfteren zweckmäßig, umschreibend darauf hinzuweisen, daß der in Frage kommende Untersuchte als „vermindert zurechnungsfähig" zu bezeichnen wäre, wenn das geltende Recht diesen Begriff in sich aufgenommen haben würde.

Unter den Fällen, auf die sich der Ausdruck „Bewußtlosigkeit" bezieht, sind unter anderen namentlich die epileptischen und hysterischen Dämmerzustände, die Fieberdelirien und die Schlaftrunkenheit, die Hypnose und der pathologische Rauschzustand zu erwähnen.

Die Hauptaufgabe der Aerzte, die nach § 51 in Betracht kommt, besteht darin, zu entscheiden, ob ein Zustand von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlung vorhanden war oder nicht. Verfehlt würde es jedoch sein, unter allen Umständen den Nachweis führen zu wollen, daß der Täter zur Zeit der Begehung der Tat unter dem Zwange ganz bestimmter krankhafter Momente gehandelt habe. Es genügt hier der Nachweis einer ausgesprochenen Krankheit im medizinischen Sinne, um die Bedingung des § 51 als erfüllt anzusehen. Denn wer wollte wohl bei einem geisteskranken Menschen so genau alle die Triebfäden der kranken Seele kennen, daß er bei einer bestimmten strafbaren Handlung jeden Einfluß der Krankheit mit absoluter Sicherheit ausschließen könnte. Je grausamer und blutiger das Verbrechen, desto näher liegt die Vermutung, daß es sich um die Tat eines Geisteskranken handelt. Bekannt sind in dieser Richtung die Epileptiker, die Trinker und die schwer Degenerierten, die in blinder Wut oft bei gestörtem Bewußtsein handeln. Einen Verdacht auf Bewußtseinstrübung erweckt mitunter auch die Außerachtlassung selbstverständlicher Vorsichtsmaßregeln während der Tat. Auch kann man eine geistige Störung unter Umständen bei einem Manne befürchten, dessen Tat in einem auffälligen Gegensatz zu seinem früheren ehrenhaften Leben steht, wie dies so oft bei den Sittlichkeitsverbrechen von Greisen vorkommt. Immerhin aber ist daran festzuhalten, daß niemals aus der Beurteilung der einzelnen Handlung ein endgültiger Schluß auf die geistige Verfassung erlaubt ist, dieser vielmehr stets das Resultat einer genauen Darlegung des ganzen psychischen Zustandes sein muß.

Das Gutachten soll sich ebenso wie das Entmündigungsgutachten gliedern in die Geschichtserzählung, in die eigene Beobachtung und die daraus zu ziehende Schlußfolgerung. Wenn der Fall besonders kompliziert ist, so kann auf Grund des § 81 der Str.-Pr.-O. der Sachverständige eine Beobachtung in einer öffentlichen Heilanstalt, die die Dauer von 6 Wochen nicht überschreiten darf, beantragen. Wenn Rosenfeld in seiner Arbeit: „Die Beobachtung des Geisteszustandes im Strafverfahren" (Festschrift der medizinisch-naturwissenschaftlichen Gesellschaft in Münster 1912) neben anderen Wünschen die Forderung erhebt, es möge in Ausnahmefällen in Abänderung des Entwurfes von 1909 eine Ausdehnbarkeit der Unterbringung

auch über 6 Wochen hinaus erfolgen, so wird man seinem Vorschlag im Interesse der Zuverlässigkeit des Beobachtungsverfahrens zustimmen müssen; denn jedem erfahrenen Gutachter ist die Tatsache bekannt, daß eine 6 wöchige Frist für schwierige Fälle häufig zu kurz bemessen ist. Gesetzesübertreter, die wegen Unzurechnungsfähigkeit straffrei ausgehen, kommen bislang nur, wenn sie gemeingefährlich sind, in eine Irrenanstalt. Nach dem Entwurf des neuen Strafgesetzbuches wird der Richter ohne weiteres das Recht haben, sie einer Irrenanstalt zu überweisen.

Was geschieht nun aber mit denen, die an der Grenze von geistiger Gesundheit und Krankheit stehen, bislang als psychopathisch minderwertig benannt wurden und in Zukunft als gemindert zurechnungsfähig bezeichnet werden?

Seit vielen Jahren wird immer dringender vorgeschlagen, diesen minderwertigen Elementen, deren verbrecherische Neigung infolge ihrer psychopathischen Naturanlage besonders groß ist, nicht nach der Schwere der einzelnen Straftat die Freiheit zu entziehen, sondern sie nach Maßgabe und Dauer ihrer Gemeingefährlichkeit auf unbestimmte Zeit, wenn nötig auf Lebenszeit, zu verwahren und zwar weder in Gefängnissen noch in Irrenanstalten, sondern in Instituten, die einerseits eine psychiatrische Behandlung und anderseits aber auch diejenigen Maßnahmen gestatten, die zur Beschäftigung, Erziehung und Beeinflussung der Insassen notwendig sind.

Von psychiatrischer Seite ging vor wenigen Dezennien, wie Rob. Gaupp in seiner Schrift: „Wege und Ziele psychiatrischer Forschung“ im Jahre 1907 ausführt, eine Bewegung aus, die

„neue Lehren über Verbrechen und Strafe, über Willensfreiheit und Zurechnungsfähigkeit verbreitete. Lombrosos Uebertreibungen fanden bald ihre Korrektur, aber ihr guter Kern wurde ebenso bekämpft wie die falschen Zutaten. Als Kraepelin seine Schrift über die Abschaffung des Strafmaßes schrieb, da fand er namentlich in juristischen Kreisen sehr wenig Verständnis und kaum eine Beachtung. Und doch ist das, was in dieser kleinen Schrift von einem warmherzigen Vertreter modernen Denkens geschrieben steht, heute der Kernpunkt all der Forderungen, die bei der Reform unserer Strafgesetzgebung berücksichtigt werden wollen und die über kurz oder lang zum Siege gelangen werden, weil sie die Macht der Tatsachen auf ihrer Seite haben. Und Tatsachen sind noch immer stärker gewesen als Theorien und Vorurteile; man muß nur warten, bis die Zeit reif geworden ist, sie in ihrer ganzen Bedeutung zu verstehen.“

Ganz besonders erfreulich aber ist die Tatsache, daß die vor nunmehr 33 Jahren gegebenen, anfänglich so wenig beachteten Anregungen Kraepelins auf ein fruchtbares Erdreich gefallen, und daß die von Robert Gaupp im Jahre 1907 in seiner Schrift ausgesprochenen Prophezeiungen nicht nur als fromme Wünsche eines Optimisten, sondern vielmehr als gangbare „Wege“ sich erwiesen haben, die bereits im Begriff sind, zum „Ziele“ zu führen. Denn die Mehrzahl der Aerzte und Juristen ist sich heute darüber einig, daß die Notwendigkeit und Dauer der strafrechtlichen Verwahrung nicht nach der Art des begangenen Verbrechens, sondern auch unter Berücksichtigung des Zustandes des psychopathisch Minderwertigen zu erfolgen hat.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Trinkwasserversorgung.

Bleivergiftungen durch Wasserleitungen. Von Dr. Hartwig Klut, wissenschaftl. Mitglied der Königl. Landesanstalt für Wasserhygiene, Berlin-Dahlem. Mediz. Klinik; 1914, Nr. 18.

Die Verwendung von Bleirohren zu Hausanschlüssen bei Trinkwasserleitungen schließt die Gefahr der Bleivergiftung in sich, wie aus der Literatur genügend bekannt ist. Der Bleigehalt schwankt natürlich; bei den Massenvergiftungen fanden sich im Dessauer Wasser 4,14 mg Pl pro Liter. Blei ist giftig auch in allen seinen Verbindungen. Die Meinungen über die zulässige Menge sind verschieden, von 0,0 mg (Tiemann-Gaertner Handbuch) bis 1,0 mg pro Liter (Gaertner). In Riga fanden sich 0,5 mg Pl, ohne daß Bleivergiftungen bekannt geworden wären. Erfahrungsgemäß kann man ca. 0,3—0,5 mg im Liter zulassen. Giftig sind auch die im Wasser nahezu unlöslichen, öfter vorhandenen Bleikarbonate, da sie vom Magensaft gelöst werden. Ueber die Giftigkeit entscheidet die Resorptionsfähigkeit durch die Verdauungssäfte, nicht die Wasserlöslichkeit. Blei lösen: 1. Jedes lufthaltige Wasser aus neuen Röhren. Durch die Berührung mit Sauerstoff bildet sich Bleioxyd, das in Wasser mit alkal. Reaktion als Bleihydroxyd löslich ist. 2. Alle gegen Lakmuspapier und Rosolsäure nicht alkalisch reagierenden Wässer; hoher Gehalt an Chloriden und Nitraten begünstigt die Bleiaufnahme. 3. Durch elektrolytische Vorgänge kann die Bleiauflösung wesentlich erhöht werden (Gehalt an Kupfer, Zink und Zinn); am stärksten bei mangelhafter Zinnauskleidung oder wenn diese Auskleidung rissig geworden. 4. Alle Wässer mit freier „aggressiver“ Kohlensäure, aber nur bei gleichzeitiger Gegenwart von Sauerstoff. Das Leerlaufen von Röhren ist wegen der Gefahr der Bleioxyd resp. -hydroxydbildung zu vermeiden. — Wässer, die gegen Rosolsäure alkalisch reagieren, keine aggressive Kohlensäure gelöst enthalten und eine vorübergehende (Karbonat-)Härte von mehr als 7 Deutsch-Graden aufweisen, haben nur anfangs bleilösende Eigenschaften. Hohe Härte wirkt auf die Bleilösung nur hemmend, wenn sie durch Kalziumbikarbonat bedingt ist. (Ausscheidung von kohlensaurem Kalk.) Zum Schutz gegen Bleivergiftung läßt man das Wasser, das nachts in den Rohren gestanden hat, ablaufen. Vorsicht vor Bleikarbonatausschwemmung; nur das ganz klar abfließende Wasser ist zu verwenden. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Ein neues Verfahren zum Nachweis spezifischer Bakterien in größeren Wassermengen. Von Dr. A. Müller-Berlin. Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt; 1914, 47. Bd., 3. H.

Zum Nachweis des Bac. prodigiosus in Trinkwasser stellte sich der Verfasser Gypsplatten her, von denen das zu untersuchende Wasser und zum Schluß etwas Nährbouillon aufgesogen wurde. Sämtliche Bakterien bleiben an der Oberfläche zurück und lassen sich nach entsprechender Zeit leicht als Kolonien nachweisen. Läßt man das Wasser durchfiltrieren, so kann man bequem ein Liter auf einer Gypsplatte von der Ausdehnung einer großen Petrischale bakteriologisch verarbeiten. Dr. Hutt-Langenbielau.

Ein einfaches, genaues und zuverlässiges Verfahren der quantitativen Bestimmung von Blei im Trinkwasser. Von Dr. Reese und Dr. J. Drost. Aus dem Nahrungsmittel-Untersuchungsamt der Landwirtschaftskammer für die Provinz Schleswig-Holstein zu Kiel. Gesundheits-Ingenieur; 1914, H. 8.

Nach Besprechung bisheriger Methoden zur Bestimmung des Bleies im Wasser geben die Verfasser eine kolorimetrische Methode an, die bis zu 0,1 mg Blei pro l befriedigende Resultate liefert und gestattet, mit etwa 1 l Wasser auszukommen. Das Verfahren ist auch anwendbar bei gleichzeitiger Anwesenheit von Blei und Kupfer. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Ein neues keimfrei filtrierendes Filter für große Wassermengen. Gesundheits-Ingenieur; 1914, Nr. 6.

Die Berkefeld-Filter-Gesellschaft in Celle hat einen neuen Filter-

apparat „E“ konstruiert, der zwecks Reinigung oder Sterilisation nicht auseinandergenommen wird. Die Filterkerzen, ausgebrannte Infusorienerde, sind im unteren Abschnitt von körnigem Reinigungsmaterial umgeben, das durch Druckluft emporgewirbelt die mechanische Reinigung besorgt. Der Schmutz wird durch Spülung entfernt; zur Sterilisation wird strömender Wasserdampf eingeleitet. Filter „E“ ist besonders geeignet für große Institute, Brauereien, Mineralwasserfabriken usw. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Ueber einige neue italienische Anlagen der Trinkwasserreinigung mittels Ozon, ultravioletten Strahlen und Jewell-Filtern. Von Prof. Pietro Canalis und Dr. Ern. Crossonini-Genua. L'Igiene moderna; 1913, Nr. 10 und 11.

Während die meisten größeren italienischen Städte, wie Rom, Neapel, Turin, Mailand, Venedig, Palermo tadellose Quell- oder Grundwasserleitungen besitzen, wobei eine künstliche Reinigung des Wassers sich erübrigt, können einige Städte, namentlich Genua, weil sie auf Oberflächenwasser angewiesen sind, nicht ohne künstliche Reinigungsanlagen auskommen.

Die beiden Verfasser haben nun in Genua ausführliche genauere Untersuchungen über die Wirksamkeit der Reinigung des Wassers durch Schnellfilter, Ozon und ultraviolette Strahlen angestellt, außerdem die Beobachtungen des bereits in 3 italienischen Städten (Rovigo, Florenz, Spezzia) eingeführten Ozonverfahrens zum Vergleich herangezogen. Aus den in zahlreichen Tabletten niedergelegten Ergebnissen sei als Endresultat angeführt, daß 1. die Schnellfiltration (mit einer Filtergeschwindigkeit von 5 bis 10 Meter in 24 Stunden) das Wasser zwar vollkommen klärt, in bakteriologischer Hinsicht aber nur eine starke Keimverminderung, niemals eine Keimfreiheit herbeiführt; 2. die Behandlung mit ultravioletten Strahlen gleichfalls keine vollkommene Sterilität des Wassers hervorruft; 3. die Ozonisierung die beste Wirkung erzielt, indem entweder völlige Keimfreiheit oder wenigstens bedeutende Keimverminderung erreicht wird und das Bakterium coli fehlt.

Es wird deshalb das Ozonverfahren als das geeignetste Verfahren zur Reinigung verdächtigen Wassers hingestellt und seine weitere Einführung empfohlen. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Luft- und Wasserreinigung durch Ozon. Von J. C. Olsen, Prof. für analyt. Chemie am Polytechn. Inst. in Brooklyn; Vortrag, geh. bei dem 4. internationalen Kongreß für Schulhygiene in Buffalo. Uebersetzt von Simonet und Hemmerlin. Gesundh.-Ingenieur; 1914, Nr. 13.

Verfasser machte Versuche in New-Yorker Schulräumen mit Ozonisierung der Luft; er fand eine so bedeutende Keimabnahme, daß nach seiner Meinung alle bakteriologischen Krankheitserreger wahrscheinlich getötet und die Luft vollkommen einwandfrei wurde, wenn nach der Erfahrung mit Wasserbakterien geschlossen werden darf. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Trinkspringbrunnen. Von C. Guillery, Kgl. Baurat, München-Passig. Gesundh.-Ingenieur; 1914, H. 4.

Die Trinkspringbrunnen ersetzen den oft unappetitlichen Trinkbecher und verhüten eine Ansteckung beim Trinken. Nach Bedarf kann der Betrieb dauernd oder nur vorübergehend stattfinden. Sie empfehlen sich zur Aufstellung an Schulen, Bahnhöfen und öffentlichen Spazierwegen.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

---

2. Eisenbahnhygiene.

Zur Einführung der Stillingschen Tafeln neben der Nagelschen bei der Farbensinnprüfung. Von Dr. Vierling-Mainz.

Beiträge zur Bewertung der Farbentafeln und des neuen Untersuchungsverfahrens am Anomaloskop nach Dr. Köllner. Von Dr. Scheidemann-Stettin. Zeitschrift für Bahnärzte; 1914, Nr. 1.

V. empfiehlt die gleichzeitige Anordnung beider Tafeln, wobei zu beachten ist: 1. Der Prüfling macht in der Nagelschen Probe Fehler, aber nicht in der Stillingschen; dann muß der Bahnarzt durch Nachhilfe heraus-

zufinden suchen, ob nicht der Prüfling die Fehler widerruft und dann richtig angibt. Tut er das nicht, so beantragt der Bahnarzt am besten ein Obergutachten. 2. Genau so ist zu verfahren, wenn in der Stillingschen Probe Fehler oder in beiden Proben Fehler gemacht werden.

Sch. zeigt an 3 Fällen: 1. Bei sorgfältiger Prüfung am Anomaloskop werden zweifellos auch Anomale gefunden, die alle 3 Tafelproben bestehen können. Wenn auch vielleicht das Farbenunterscheidungsvermögen dieser Leute gegenüber dem Normalen nur wenig herabgesetzt sein mag, so haben sie doch keinen normalen Farbensinn; die Sicherheit gebietet deshalb, auch diese als farbenuntüchtig zu bezeichnen. 2. Vor allem ergibt sich, daß eine ganze Reihe von Anomalen dem Nachweis entgehen müssen, wenn man einfach nach der alten Vorschrift untersucht, die abgefaßt wurde, als man die Verhältnisse noch nicht so genau kannte. Eine Sicherheit gibt eben nur ein Verfahren, das die Möglichkeit berücksichtigt, daß es Anomale gibt, die auch die Normalen-Gleichung einstellen, und das vor allem unter Veränderung der Helligkeit das Gelb auf weitere Gleichungen des Rot-Grün-Gemisches hierfür fahndet. Dies geschieht in der neuen Anweisung von Köllner; es scheint sicher, daß wirklich kein Anomaler mehr durchschlüpfen kann, wenn nach ihm untersucht wird.

Privatdozent Dr. Köllner-Würzburg (ibidem Nr. 4) kommt nach längerer Ausführung zu dem Schluß, daß man in dem Anomaloskop eine — vorläufig die einzige — Untersuchungsmethode besitzt, die bei geeignetem Vorgehen erlaubt, zahlenmäßig die Uebergänge zwischen den Normalen und den Farbenblinden festzustellen, wenn sich diese auch nicht so einfach gestalten, als man vielleicht früher größtenteils angenommen hat. Um sie zu finden, ist aber notwendig, nicht nur nachzusehen, ob bei einem vom normalen abweichenden Rotgrünmischungsverhältnis eine Gleichung erhalten wird, sondern es sind sämtliche Rotgrünmischungseinstellungen aufzusuchen, bei denen eine Gleichung durch Regulierung der Helligkeit erhalten werden kann. Diese quantitative Bestimmung ist notwendig, weil wir eben mit Rücksicht auf die Anwärter nicht alle Abweichungen als farbenuntüchtig ohne weiteres bezeichnen können.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Untersuchung angeborener Farbensinnstörungen. Von Marine-Oberstabsarzt Prof. Dr. Oloff. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1914, H. 2.

Oloff stellte mittels des Nagelschen Anomaloskopes fest, daß die Nagel'schen Farbentafeln nicht zur Erkennung der Farbensinnstörungen ausreichen; sie werden von einer nicht unerheblichen Zahl von Leuten glatt bestanden, die sich am Anomaloskop als durchaus farbenuntüchtig erweisen und zwar meist als anomale Trichromaten. Auch diese müssen aber vom Eisenbahn- und Marinedienst ferngehalten werden, da sie kleinen farbigen Lichtpunkten gegenüber leicht versagen, zum Erkennen der Farben längere Zeit brauchen, farbigen Eindrücken gegenüber leicht ermüden und mehrere gleichzeitig erscheinende, verschiedenfarbige Lichter grob verwechseln. Die Anwendung von Spektralfarben verbietet sich bei den Untersuchungen der Praxis durch den hohen Preis und die Kompliziertheit der Apparate; von den Pigmentproben empfiehlt Oloff die Stillingschen Tafeln in der neuesten (14.) Auflage. Ihren Hauptvorteil erblickt er darin, daß sie auf jede Benennung der Farben seitens des Prüflings verzichten. Daß sie keine sichere Differentialdiagnose zwischen den verschiedenen Formen der Farbenuntüchtigkeit gestatten, ist vom praktischen Standpunkte kein Fehler. Für eine exakte Prüfung fordert Oloff die Anwendung zweier Pigmentproben und beim geringsten Zweifel die Untersuchung mit dem Anomaloskop. Zur Vorprobe eignen sich sehr gut die Cohnschen Täfelchen und anscheinend auch der Heringsche Farbensinn-Untersuchungsapparat. Derjenige, der alle drei Pigmentproben (Stilling, Nagel und Cohn) glatt besteht, ist nach Oloff fast stets als farbentüchtig zu bezeichnen und bedarf meist keiner Kontrollprüfung durch das Anomaloskop.

Dr. Bernstein-Mühlhausen i. Thür.

---

3. Statistik.

Graphisch-statistische Darstellungen, ihre Technik, Methodik und wissenschaftliche Bedeutung. Von Dr. Roesle-Dresden. Archiv für soziale Hygiene; Bd. 8, H. 4.

1. Die methodisch richtig konstruierte graphische Darstellung statistisch bearbeiteter Zahlennachweise gibt eine richtige Vorstellung von den Größenverhältnissen verschiedener Zahlenreihen; 2. sie läßt sowohl die Unterschiede, als auch die Tendenz langer Zahlenreihen leichter übersehen und 3. die Abweichungen vom normalen Verlauf einer Erscheinung deutlicher hervortreten; 4. sie dient zu einer wertvollen Kontrolle der Richtigkeit statistischer Ergebnisse und ist 5. das beste statistische Demonstrationsmaterial und erweckt dadurch auch bei Laien Interesse für die Ergebnisse der Statistik; 6. sie erleichtert den statistischen Vergleich und fördert dadurch die vergleichende Statistik; 7. sie regt zu einer einheitlichen Bearbeitung statistischer Erhebung an; 8. sie deckt Beziehung in dem gleichzeitigen Verlauf verschiedener Vorgänge auf, die durch das Lesen von Zahlentabellen nicht oder nur schwer ersehen werden können; 9. sie fordert den Statistiker zu künstlicher und mathematischer Betätigung auf und macht das Studium der Statistik zu einem Genuß. Dr. Wolf-Witzenhausen.

4. Aerzte.

Die Beweiskraft des ärztlichen Attestes. Von Dr. jur. W. Stein-Leipzig. Halbmonatsschrift für soziale Medizin; 1914, Nr. 2.

Der Aufsatz knüpft an einen Vorgang in München an: Dort hatte sich ein Handlungsgehilfe krank gemeldet und eine ärztliche Krankheitsbescheinigung eingereicht; trotzdem entließ ihn ohne Einhalt der Kündigungsfrist der Arbeitgeber. Die Klage des Gehilfen auf Gehaltszahlung wurde vom Kaufmannsgericht abgewiesen; das ärztliche Zeugnis sei nicht ohne weiteres beweisend für die Krankheit. Wenn das Gericht auf Grund sonstiger Tatsachen usw. die Anschauung gewinne, daß die im ärztlichen Zeugnis konstatierten Tatsachen nicht zutreffen, so verliere das ärztliche Zeugnis seine Beweiskraft. Es wird ausgeführt, daß selbstverständlich die freie Beweiswürdigung der Grundpfeiler unserer Rechtspflege bleiben müsse, aber das Kaufmannsgericht hat mit der Erkenntnis ein Gebiet betreten, auf dem es sicherlich nicht zuständig ist. Ob ein Mensch gesund oder krank ist, hat der Arzt zu entscheiden; es ist daher nicht angängig, daß ein ärztliches Attest, das einwandsfreie Beweismittel einer Partei, einfach ignoriert wird. Es müßte in solchen Fällen der anderen Partei wenigstens der Beweis für ihre entgegenstehende Behauptung auferlegt werden. Dr. Hoffmann-Berlin.

Ausschluß aus einer Aerzteorganisation wegen Standesunwürdigkeit. Soziale Praxis; 21. Jahrg., S. 1614.

Die bayerische Staatsregierung hatte 1911 das Bahnarztsystem, demzufolge die mittleren Beamten der Eisenbahnverwaltung und ihre Familien vom Staate frei ärztliche Behandlung durch beamtete Aerzte erhalten, auch in der Pfalz eingeführt und zu diesem Zweck hier ebenfalls eine Reihe von Aerzten angestellt. Der Verein der Aerzte in Ludwigshafen schloß daraufhin diejenigen seiner Mitglieder, die diese Stellen annahmen, als standesunwürdig aus, verbot seinen Mitgliedern den beruflichen Verkehr mit ihnen und forderte auch die Gesamtschaft der Aerzte von Mannheim auf, das gleiche zu tun. Das Landgericht Frankenthal erklärte diesen Ausschließungsbeschluß des Vereins für rechtsunwirksam (Urteil vom 13. Juli 1912). Ferner wurde der Verein verurteilt, das Verbot, mit den Klägern beruflich zu verkehren, aufzuheben. Bei Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften sei, so wurde in der Begründung ausgeführt, die zum Ausschluß der Kläger notwendige Mehrheit gar nicht vorhanden gewesen. Die Kläger seien aber auch bereits, bevor der Ausschließungsbeschluß gefaßt wurde, ausgetreten gewesen. Aus beiden Gründen sei der Ausschluß unberechtigt. Der wirkliche Grund der gegen den Kläger erlassenen Verrufserklärung sei aber darin zu suchen, daß der Verein der Aerzte in Ludwigshafen das Bahnarztsystem überhaupt verwerfe; ein solches sei aber durch das öffentliche Interesse gerechtfertigt. Indem die Kläger das ihnen vom Staate angebotene Amt angenommen haben, haben sie keine Verpflichtung gegen den beklagten Verein verletzt und sich in keiner Weise standesunwürdig gemacht. Wenn die Mitglieder des beklagten Vereins auch durch die Einführung des Bahnarztsystems geschädigt sein sollten, so hätten sie doch ihr Interesse gegenüber dem öffentlichen Interesse zurückstellen müssen. Da nach

alledem gegen die Verrufserklärung kein gerechtfertigter Anlaß vorhanden war, so verstoße sie gegen die guten Sitten und sei daher aufzuheben.

Dr. W. Hanauer-Frankfurt a. M.

Wie weit erstreckt sich das Vorrecht der Aerzte im Konkurse? Von Justizrat Dr. Korn-Berlin. Das Recht; XVI. Jahrg., S. 196.

Nach § 61 Nr. 4 der K.-O. haben im Konkurse ein Vorrecht die Forderungen der Aerzte wegen Kur- und Verpflegungskosten „aus dem letzten Jahre vor Eröffnung des Verfahrens", insofern sie die taxenmäßigen Gebühren nicht übersteigen. Ist nun unter dem „letzten Jahr" das Jahr zu verstehen, in dem die Forderung des Arztes entstanden ist, oder das Jahr, in dem sie fällig geworden ist? Letztere Auffassung wäre für die Aerzte günstiger; denn, wenn die Forderung vor dem letzten Jahre entstanden, aber erst innerhalb des letzten Jahres fällig geworden ist, so würde nach dieser Ansicht die früher entstandene Forderung dennoch bevorzugt sein. Ist Zahlung des Honorars am Jahresschluß vereinbart, wie meist beim Hausarzt, so wäre die Forderung nicht bevorzugt, wenn es auf die Zeit ihrer Entstehung ankäme; dagegen ist sie bevorzugt, wenn es auf die Zeit ihrer Fälligkeit ankommt. Die Kommentare schweigen über diese Frage. Auch ein Urteil höherer Instanz liegt nicht vor. Gleichwohl ist die Frage bereits streitig geworden; denn ein Urteil des Amtsgerichts Berlin-Schöneberg hat das Vorrecht für alle Forderungen zugebilligt, die im letzten Jahr fällig geworden sind, auch wenn sie vorher entstanden waren. Nach den Motiven der Konkursordnung verfolgt das Vorrecht den Zweck, die berufsmäßige Heilpflege zu fördern. Wer in Ausübung seines Berufes Kranken hilft, soll nicht erst um die Sicherung seines Honorars sorgen müssen. Dem Zwecke des Gesetzgebers entspricht es daher, das Vorrecht in dem für die Aerzte günstigem Sinne zu verstehen, wonach der Zeitpunkt der Fälligkeit entscheidet. Diese tritt ein, sobald die Behandlung beendet und die Gebührenrechnung übersendet ist. Ist eine Zahlungspflicht vereinbart (wie beim Hausarzt Anfangs Januar), so wird die Forderung eines Arztes mit dieser Zeit von selbst fällig. Sonst hat es der Arzt in der Hand, indem er die Liquidation etwas hinausschiebt, sein Vorrecht im Fall eines Konkurses der Patienten zu verlängern.

Dr. W. Hanauer-Frankfurt a. M.

---

5. Niederes Hilfspersonal.

Genügen die bestehenden Vorschriften über Ausbildung und Prüfung der Krankenpflegepersonen. Von Prof. Dr. Pfeiffer-Hamburg. Zeitschrift für Krankenanstalten; 1913, Nr. 45.

1. Die Ausbildungszeit von 1 Jahr ist zu kurz. 2. Der Unterricht ist nicht in die Hände von Assistenten zu legen, sondern ist von älteren, erfahrenen Aerzten zu leiten. 3. Es muß vermieden werden, daß die Schwestern zu lange auf einer Abteilung festgehalten werden. Ein regelmäßiger Wechsel ist vorzunehmen auf äußeren und inneren, Infektions-, Irren-, Frauen- und Kinderabteilungen. 4. Auf gute Kenntnisse in der Massage und Kochkunst ist besonderer Wert zu legen. 5. Den Pflegern muß eine Möglichkeit geschaffen werden, ein eigenes Heim gründen zu können. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Besprechungen.

Prof. Dr. K. Thumm: Abteilungsvorsteher an der Königlichen Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem: **a. Abwasserbeseitigung bei Gartenstädten, ländlichen und städtischen Siedelungen. b. Abwasserreinigungsanlagen; ihre Leistungen und ihre Kontrolle vom chemisch-praktischen Standpunkt.** Berlin 1913 und 1914. Verlag von August Hirschwald. Gr. 8°; 36 bezw. 92 S. Preis: 1,50 bezw. 2,80 M.

Zwei interessante Abhandlungen, von dem die erstere in wesentlich erweiterter Form den von dem Verfasser auf der vorjährigen Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Aachen gehaltenen Vortrag über „Abwasserbeseitigung bei Einzel- und Gruppensiedelungen" bringt, insbesondere sind seine damaligen Ausführungen

durch Beigabe von Abbildungen und verschiedenen wertvollen Tabellen über die Zusammensetzung der in Betracht kommenden Abwasser, über ihre Menge und landwirtschaftlichen Nutzungswert, über die Kosten von Be- und Entwässerungsanlagen usw. ergänzt. Noch mehr dürfte die Leser dieser Zeitschrift aber die zweite Abhandlung **über die Kontrolle von Abwasserreinigungsanlagen** interessieren; denn obwohl sie aus Vorträgen, die vom Verfasser in einem Fortbildungskursus für Nahrungsmittelchemiker gehalten sind, hervorgegangen ist und demzufolge besonders die Kontrolle vom chemischen Standpunkte aus berücksichtigt, bringt sie doch auch vom praktischen Standpunkte aus äußerst sachgemäße Vorschläge über Bau, Betrieb und Kontrolle der verschiedenen Abwasserreinigungsanlagen (Rechen- und Absitzanlagen, mit chemischen Zusätzen arbeitende Anlagen, Faul-, Fischteich-, biologische Anlagen, Schlammzersetzungsanlagen) sowie über die Kontrolle der Vorflut, die dem bei der Anlage und Kontrolle dieser Anlagen wesentlich mitbeteiligten Medizinalbeamten sehr wertvolle Winke in bezug auf diesen Teil seiner amtlichen Tätigkeit gibt. Er erhält dadurch einen sicheren Anhalt, auf welche Punkte bei dieser Kontrolle zu achten ist und welche Feststellungen vorzunehmen sind, um ihre Leistungsfähigkeit richtig beurteilen zu können.

Rpd.

Prof. Dr. L. Brauer-Hamburg-Eppendorf, **Dr. G. Schröder**, dirigierender Arzt der neuen Heilanstalt für Lungenkranke in Schöneberg, **Dr. F. Blumenfeld**, Arzt für Nasen-, Hals- und Lungenkrankheiten in Wiesbaden: **Handbuch der Tuberkulose.** In fünf Bänden. Erster Band mit 88 Abbildungen, 10 Kurven und 9 farbigen, 1 Stereoskopie und 8 schwarzen Tafeln; zweiter Band mit 15 Abbildungen, 3 Kurven und 6 Tafeln. Leipzig 1914. Verlag von Joh. Ambr. Barth. Lex.-Format. 792 und 453 Seiten. Preis: 35 bezw. 20 M., geb. 37 bezw. 22 M.

Das Handbuch bildet die zweite Auflage des vor zehn Jahren von den beiden zuletzt genannten Verfassern Schroeder und Blumenfeld herausgegebenen Handbuch der Therapie, der chronischen Lungentuberkulose; schon der Titel zeigt aber an, daß es sich nicht wie jenes auf das Gebiet der Therapie der Lungentuberkulose beschränken, sondern das ganze gewaltige Gebiet der Tuberkulose nach jeder Richtung hin umfassen will. Die Zahl der Mitarbeiter hat sich dementsprechend wesentlich vermehrt; jedes einzelne Kapitel ist von einem dafür besonders autorativen Fachmann bearbeitet und dabei allen Forschungsergebnissen des letzten Jahrzehnts unter kritischer Sichtung des Stoffes Rechnung getragen. Daß infolgedessen auch der Umfang des Handbuches eine außerordentliche Erweiterung erfahren mußte, ist einleuchtend; er ist auf fünf Bände berechnet, von denen die ersten beiden jetzt vorliegen. Sie bringen zunächst als Abteilung I verschiedene vorzüglich bearbeitete Abschnitte, in denen die Tuberkulose im allgemeinen behandelt wird: Geschichte der Tuberkulose (A. Predöhl-Hamburg), pathologische Anatomie (N. Ph. Tendeloo-Leiden), der Erreger (H. Much-Hamburg), Ansteckungswege (P. Römer-Greifswald), Immunität (H. Much-Hamburg), Disposition und individuelle Prophylaxe (F. Martius-Rostock), Epidemiologie (A. Gottstein-Charlottenburg), Bekämpfung der Tiertuberkulose (C. Dammann-Hannover) und Tuberkulose in sozialer Hinsicht (M. Kirchner-Berlin). Es folgt dann die zweite und jedenfalls umfangreichste Abteilung über die Lungentuberkulose, deren Schluß noch aussteht. Hier werden zuerst die Diagnose (A. Brecke-Ueberruh) und die damit zusammenhängende Bedeutung der Tuberkulinreaktionen (J. Ritter-Geestjacht), das Röntgenverfahren (A. Lorey-Hamburg) sowie die Verwendung der Thoraskoskopie und Laparoskopie (H. C. Jacobaeus-Stockholm) und hierauf die klinischen Formen der Tuberkulose (E. Meißen-Essen a. Ruhr) eingehend besprochen. Es beginnt dann der sehr ausführlich gehaltene Abschnitt über die Therapie der Tuberkulose, von dem der zweite Band die Kapitel über allgemeine Therapie (G. Schroeder-Hamburg), Stoffwechsel und Stoffwechselkrankheiten (H. Winterwitz-Halle a. S.), Ernährung und Kostformen (G. Schroeder-Hamburg und K. Kauffmann-Schöneberg), spezifische Therapie (J. Ritter-Geestjacht), Pharmakotherapie (W. Nelen-Leiden), Husten, Auswurf und Atemstörungen (W. Naegelsbach-Allenstein), Lungen-

blutung (J. Sorge-Alland), Fieber und Nachtschweiße (Chr. Saugman-Vejlefjord-Sanatorium in Dänemark), Klinische Behandlung (G. Schroeder-Hamburg), Balneotherapie und Strahlenbehandlung (O. Thilenius-Soden a. T.), Pneumato- und Inhalationstherapie (J. Lazarus und E. Aron-Berlin) enthielt. Alle Verfasser haben sich mit bestem Erfolg bemüht, die ihnen gestellte Aufgabe dem neuesten Stande der Wissenschaft entsprechend zu lösen, und bei dieser Lösung auch dem Bedürfnis des Praktikers Rechnung getragen. Bei der Ausstattung des Werkes ist die Verlagsbuchhandlung den Wünschen der Verfasser in weitgehender Weise entgegengekommen. Rpd.

Tagesnachrichten.

Der für Oktober in Aussicht genommene **Fortbildungskurs für bayerische Bezirksärzte** findet nicht statt.

Zur Begleitung der **Lazarett- und Hilfslazarett-Züge** bedarf der Kaiserliche Kommissar und Militär-Inspekteur der freiwilligen Krankenpflege noch weiterer **Aerzte.** Meldungen sind unter Vorlegung der Zeugnisse bei dem genannten Herrn Kommissar in Berlin NW. 7, Reichstagsgebäude, einzureichen. Den Kandidaten, die die ärztliche Notprüfung bestanden haben und den Nachweis führen, daß sie als ärztlicher Begleiter eines Lazarettzuges angenommen worden sind, wird bei Erfüllung der sonstigen Zulassungsbedingungen für die ärztliche Prüfung die Approbation als Arzt für das Gebiet des Deutschen Reiches alsbald erteilt werden.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 19. Juli bis 1. August 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rotz, Rückfallfieber, Aussatz: — (—), — (—); Tollwut: 2 (—), — (—); Fleckfieber: — (—), 2 (—); Pocken: 1 (—), — (—); Milzbrand: 7 (1), 5 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 7 (—), 1 (—); Unterleibstyphus: 282 (23), 215 (17); Ruhr: 25 (2), 11 (1); Diphtherie: 1020 (59), 856 (45); Scharlach: 1117 (51), 1187 (89); Kindbettfieber: 81 (17), 72 (12); Genickstarre: 10 (3) 1 (1); spinaler Kinderlähmung: 6 (—), 6 (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 10 (—), 21 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 120, 51; Tuberkulose (gestorben): 681, 568.

Sprechsaal.

Anfrage des Oberamtsarztes Dr. H. in W.: Ist es als unzulässige Ausübung der Heilkunde anzusehen, wenn ein Naturheilkundiger außerhalb seines Wohnorts etwa alle 8 Tage in dem Nebenzimmer einer Wirtschaft Sprechstunden abhält, auch Besuche macht, die bei dem Wirt als gewünscht angemeldet sind, oder alle 8 Tage in eine Wirtschaft kommt und hier Aufträge zu Besuchen in Empfang nimmt, ohne Sprechstunden abzuhalten?

Antwort: Eine Ausübung der Heilkunde im Umherziehen liegt nach § 42 Abs. 2 der Gew.-O. (Errichtung von Filialen) nicht vor, wenn der Betreffende ein zu dauerndem Gebrauche eingerichtetes, beständig oder doch in regelmäßiger Wiederkehr von ihm benutztes Lokal für den Betrieb seines Gewerbes benutzt, also zu diesem Zwecke einen Raum für längere Zeit gemietet hat. Er ist dann auch zur Anmeldung an den zuständigen Medizinalbeamten und zur Zahlung von Gewerbesteuer verpflichtet. — Ebenso fällt die „bestellte" Ausübung der Heilkunde nicht unter das Verbot des § 56a der Gew.-O., wohl aber die Aufsuchung von Kranken in ihrer Behausung ohne Aufforderung und die Abhaltung von Sprechstunden ohne Begründung einer gewerblichen Niederlassung (Urteil des preuß. Ob. V. G. v. 27./4. 1896). In einem vor kurzem ergangenen Urteil der Strafkammer des Landgerichts in Düsseldorf ist jedoch entschieden, daß die Benachrichtigung durch den Wirt nicht als eine vorgängige Bestellung im Sinne des § 55 der Gew.-O. angesehen werden könne; eine solche Bestellung müsse vielmehr vom „Kranken selbst" ausgehen.

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 18. Ausgegeben am 20. September 1914.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch

J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Annoncen-Annahme und verantwortlich für den Inseratenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Berlin NW. 7.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 18.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Rote Adlerorden III. Klasse mit der Schleife und Schwertern am Ringe: dem Geh. San.-Rat Dr. Elias in Breslau; — derselbe Orden IV. Klasse: dem San.-Rat Dr. Ulrich in Berlin, dem Geh. San.-Rat Dr. von Kühlwetter in Düsseldorf; — die Krone zu demselben Orden: dem Marineoberstabsarzt Dr. Bensen; — die Rettungsmedaille am Bande: dem Geh. San.-Rat Dr. Paetz, Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Altscharlitz.

Versetz: Ordentl. Prof. Dr. Ellinger in Königsberg i. Pr. in gleicher Eigenschaft in die medizinische Fakultät der Universität in Frankfurt a. M.

Gestorben: Auf dem Felde der Ehre gefallen: Stabsarzt Dr. Scherschmidt aus Magdeburg, Dr. Paradies aus Berlin-Steglitz, Oberarzt Dr. O. Wieck aus Berlin-Grunewald, Marinestabsarzt Dr. Straßner aus Frankfurt a. M. (auf See), Assistenzarzt d. R. Dr. Heusner aus Bonn, die Feldunterärzte Eicke aus Breslau, Martin Neumeister aus Stettin, Ludwig Jacobi aus Reibnitz bei Görlitz und Cand. med. v. Blomberg aus Eberswalde; — Dr. Droeder in Borgentreich (Reg.-Bez. Minden), Geh. San.-Rat Dr. Bunge, Dr. Riesenfeld und Stabsarzt Dr. Paul Schmidt in Berlin, Dr. Fritz Ritter in Breslau, Dr. R. Somya in Berlin-Wilmersdorf, Geh. San.-Rat Dr. Wottje in Ottmachau (Ob.-Schles.), Oberstabsarzt a. D. Dr. Boehnke in Cassel, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Weber in Halle, Dr. Quos in Kamp (Reg.-Bez. Düsseldorf), Dr. Paul Müller in Stettin.

Königreich Bayern.

Ernannt: Dr. Oskar Völkl in München zum Bezirksarzt in Berneck; Landesgewerbearzt Dr. Koelsch in München zum Regierungsrat mit dem Titel „Medizinalrat"; Privatdozent Dr. Nippe in Königsberg i. Pr. zum außerordentl. Professor für gerichtliche Medizin in Erlangen.

Gestorben: Auf dem Felde der Ehre gefallen: Stabsarzt Dr. E. Müller aus Bamberg, Oberarzt Dr. Kern aus Windsbach, Stabsarzt der Res. Dr. Lauck aus Ellingen und Marinestabsarzt Ritter von Boxberger aus Kissingen (auf See) und die Kandidaten der Medizin Goppelt und Paul Dietl aus München; — Dr. Schillinger in München.



Königreich Sachsen.

Ernannt: Privatdozent Dr. Sick in Leipzig zum außerordentlichen Professor.

Gestorben: Auf dem Felde der Ehre gefallen: Dr. Gutbier aus Chemnitz, Stabsarzt Dr. Xylander aus Dresden; — Dr. Lesovski in Frohburg, San.-Rat Dr. Langheineken, Augenarzt in Freiberg, Dr. Pässler in Schedewitz.

Grossherzogtum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel als außerordentlicher Professor: den Privatdozenten Dr. Ranke in Heidelberg und Dr. Hildebrandt in Freiburg i. Br.

Grossherzogtum Hessen.

Gestorben: Dr. Schmitt in Arheilgen.

Reichsland Elsass-Lothringen.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Götel, Reg.- u. Med.-Rat a. D. in Colmar, Dr. Jaquet in Straßburg i. Els., Kantonalarzt Dr. Bastian in Fegersheim.

---

27. Jahrg. **Zeitschrift** 1914.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In und Auslandes entgegen.

Nr. 18.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Sept.

Versuche über die Wirkung von Wasserschüssen.

Von Oberamtsarzt Dr. **Stoll**, Privatdozent in Tübingen.

Vor einiger Zeit habe ich von einem Kollegen für meine Sammlung ein schönes Präparat bekommen: das vollständig zerfetzte Herz eines Mannes, der sich durch einen Wasserschuß getötet hatte. Ueber die Verletzung des Brustkorbs und der übrigen Brustorgane war nichts angegeben. Dieses Geschenk veranlaßte mich, mich etwas eingehender mit der Frage des Wasserschusses zu beschäftigen.

Im allgemeinen hört (und sieht) man neuerdings nicht viel von Wasserschüssen und Georgii hatte wohl nicht ganz unrecht, als er auf der zweiten Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin (1906) sagte, daß ein mysteriöses Dunkel den Wasserschuß umgibt. Die Ursache für dieses Dunkel liegt wohl einfach darin, daß in gegenwärtiger Zeit auch Selbstmörder — für Verbrechen kommt der Wasserschuß aus naheliegenden Gründen wohl überhaupt nicht in Betracht — fast ausschließlich Hinterlader benützen; während früher, als vorwiegend Vorderlader gebraucht wurden, der

Selbstmörder sich die voraussichtliche Wirkung der Ladung wohl überlegen mußte und dabei wohl auf den Gedanken kommen konnte, die Wirkung der Waffe auf irgendeine Weise zu verstärken. Die Bedienung des Hinterladers mit gebrauchsfertiger Patrone ist dagegen so einfach und selbstverständlich, die Durchschlagskraft der Waffe so allgemein bekannt, daß der Selbstmörder kaum auf den Gedanken kommen wird, an der Ladung noch etwas zu ändern.

Also der Wasserschuß ist nicht mehr modern, wenigstens nicht in der von früher bekannten Form: Pistole, Pulverladung, Pfropf, Wasser. Dagegen scheint es allerdings in der Armee, wo der Selbstmörder das Dienstgewehr zur Verfügung hat, nicht ganz vereinzelt vorzukommen, daß über der scharfen oder über der Platzpatrone der Lauf des Gewehrs mit Wasser angefüllt wird. Praktisch hat also von vornherein der Wasserschuß keine große gerichtsärztliche Bedeutung; auf unser Interesse hat er aber sicher Anspruch.

Leichenbefunde (auch Befunde an nicht tödlich Verletzten) sind aus einer Reihe von Veröffentlichungen bekannt, und wenn auch vielleicht in dem einen oder anderen Fall die Diagnose Wasserschuß zu Unrecht gestellt worden sein mag, so stehen doch die Wirkungen des Wasserschusses: Weitgehende Zerstörungen „Sprengwirkungen“ durch eine Anzahl von Beobachtungen sicher. Was „dunkel“ war, ist die Frage nach einer spezifischen Wirkung der flüssigen Ladung gegenüber einem starren Geschoß und die diagnostische Abgrenzung der Wirkung dieser verschiedenen Schüsse gegeneinander. Ueber diese Frage erfahren wir durch die Mehrzahl unserer Lehr- und Handbücher nicht allzuviel. Puppe erwähnt den Wasserschuß überhaupt nicht, weder in Schmidtmanns Handbuch,[1]) noch im Lehmannschen Atlas,[2]) noch in Lochtes „Gerichtsärztlicher und polizeiärztlicher Technik“.[3]) Ganz kurz erwähnt ihn Kratter in seinem Lehrbuch,[4]) etwas ausführlicher Harnack in dem neuesten Lehrbuch „Die gerichtliche Medizin“.[5]) Die beiden letzten Verfasser scheinen von den eingehenderen Ausführungen auszugehen, die v. Hofmann in seinem Lehrbuch[6]) gibt, die jedoch nicht ganz mit seinen in der Wiener Mediz. Wochenschrift (1878, S. 132) veröffentlichten Leichenversuchen übereinstimmen. Von diesen sind die wichtigsten 2 Schüsse gegen den harten Gaumen: Der eine (Pulver und Pfropf) zertrümmerte das Gesicht und vom knöchernen Schädel den großen Keilbeinflügel; der andere (Wasserschuß) riß den Augapfel vom Nerv

[1]) Berlin; 1905/07.
[2]) München; 1908.
[3]) Wiesbaden; 1914.
[4]) Stuttgart; 1912.
[5]) Leipzig; 1914.
[6]) Wien; 1896; die neueren, von Kolisko herausgegebenen Auflagen waren mir nicht zugängig.

los und trieb ihn zwischen den Augenlidern hervor, zertrümmerte Oberkiefer, Unterkiefer, Gaumen, Rachen, Choanen, zersplitterte das Keilbein, zertrümmerte die Gehirnsubstanz, zersprengte die vordere und die mittlere Schädelgrube und die Schläfenbeinschuppe. Dazu sagt v. Hofmann: „Der Hauptanteil der Verwüstung kommt auf die unmittelbare Wirkung der Pulvergase; bei Wasserladung hat man aber stärkere Zerstörungseffekte, besonders bei Schüssen gegen den Kopf.“ Im Lehrbuch heißt es aber:

„Die Ansicht von der besonderen, jener[1]) gewöhnlicher Projektile weit übersteigenden Zerstörung geladenen Wassers ist jedenfalls eine übertriebene, indem auch bei Wasserschüssen . . . . der Hauptanteil der Verwüstung der unmittelbaren Wirkung der Pulvergase zugeschrieben werden muß.“

Ferner beschreibt v. Hofmann einen Schießversuch mit Quecksilber, der den Schädel bis auf einige „Scherben“ zerfetzte, und sagt darüber im Lehrbuch: „Großartig wäre die Zerstörung, wenn eine spezifisch schwere Flüssigkeit, insbesondere Quecksilber geladen würde.“ Diese Bemerkung geht lediglich von den Leichenversuchen aus; ob, wie es nach Kratter, Harnack und Schäfer[2]) scheinen kann, solche Schüsse in der Praxis vorgekommen sind, weiß ich nicht.

Nach diesen nicht ganz befriedigenden Ergebnissen der Literaturdurchsicht wollte ich mir ein eigenes Urteil bilden darüber, ob und wieweit die Wirkung eines Schusses durch Wasserladung gesteigert wird. Unberührt bleibt die nicht bestimmt entschiedene Frage, in welcher Weise die Gesamtwirkung sich aus der Wirkung der Pulvergase, des Pfropfen und evtl. der flüssigen Ladung zusammensetzt. Leider hatte ich keine Gelegenheit zu Schießversuchen an Leichen. Da es sich aber nicht in erster Linie darum handelte, die Wirkung des Wasserschusses überhaupt, die ja aus Praxis und Leichenversuch bekannt ist, zu studieren, sondern den vermutlich nur quantitativen Unterschied zwischen Pfropfen- und Wasserschuß, so war auch von anderer Versuchsanordnung eine Aufklärung zu erwarten.

Ich ließ auf eine aus 12 mm dicken Brettern hergestellte Kiste schießen, deren Maße 10, 12 und 20 cm waren (nur im Versuch VI wurde eine kleinere, aus schwächeren Brettern gefertigte Kiste verwendet). Die Vorderseite der Kiste (der Waffe zugekehrt) war, statt mit einem Brett mit Pappdeckel, in späteren Versuchen mit einem Tierfell überzogen. Die Kiste wurde mit feinem, feuchtem Sand ziemlich fest vollgestopft. Die Waffe, eine alte Reiterpistole (Vorderlader) von 12 mm Kaliber, wurde im Schraubstock vor der Kiste festgeschraubt. Die Pistole wurde mit Musketenpulver geladen, darauf kam ein gefetteter Papierpfropf, in späteren Versuchen

---

[1]) Muß wohl heißen „jene“.

[2]) Ueber den Tod durch Erschießen vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen; XIX (1900), Suppl. S. 63 ff.

ein gefetteter $^1/_2$ cm dicker Filzpfropf, darauf Wasser, das mit Fuchsin gefärbt war. v. Hofmann hat auf das Wasser noch einen (zweiten) Pfropf gesetzt; ich habe das nicht getan, weil in den meisten Selbstmordfällen offenbar die Wasserladung nicht durch Pfropf abgeschlossen wird (auch Harnack schildert den Wasserschuß ohne zweiten Pfropf) und auch weil mein Waffensachverständiger, der Waffenmeister des hiesigen Regiments, bei Verwendung eines zweiten Pfropfen Zerspringen des Laufs fürchtete.

Versuch Ia.

4 g Musketenpulver, Papierpfropf aus 60 qcm Papier. Mündung des Laufs unmittelbar auf den Pappdeckel der Kiste aufgesetzt:

Pfropf etwa 8 cm in den Sand eingedrungen.

Versuch Ib.

Ladung wie bei a, außerdem 15 g Wasser:

Sand zusammengeruscht, Pfropf im Sand liegen geblieben, Rückwand der Kiste aus den Fugen herausgerissen; an der Rückseite des Pappdeckels handgroße Ansammlung von Pulverschmauch, ebenso ausgedehnte Rotfärbung.

Versuch IIa.

4 g Pulver, Pfropf wie bei I, 2 cm Entfernung.

Pappdeckelfetzen 1 m, der Pfropf 6 m zurück (d. h. der Schußrichtung entgegengesetzt) geschleudert. Einschuß ziemlich scharf kreisrund, Pulverschmauch konzentrisch, 6 cm breit (im Durchmesser), dicht, darüber hinaus bis 9 cm vom Einschuß entfernt weniger dicht. Im Sand 6 cm tiefer Trichter, mit Pulverschmauch durchsetzt.

Versuch IIb.

Ladung wie bei a, außerdem 15 g Wasser.

Einschuß: Unregelmäßiger talergroßer Defekt, 5 cm breit (Durchmesser) von unregelmäßig begrenztem Pulverschmauch umgeben. Rückseite des Pappdeckels vollständig rot gefärbt. Im Sand 8 cm tiefer Trichter, von Pulverschmauch durchsetzt und stellenweise rot gefärbt. Auch außerhalb des Trichters zeigt der Sand einzelne rote Flecken. In der Tiefe des Trichters der unverletzte Pfropf.

Versuch IIIa.

Ladung wie IIa, doch doppelt so großer Papierpfropf.

Propf 6 m weit zurückgeworfen. Einschuß unregelmäßig zerrissen, kein Substanzverlust. Schmauch unregelmäßig abgegrenzt, 7 cm breit (Durchmesser), teilweise in Form von Krümeln und Bröckeln. Sand zusammengerutscht, 1 cm tief mit Schmauch durchsetzt.

Versuch IIIb.

Ladung wie bei a, außerdem 15 g Wasser.

Pappdeckelfetzen 1 m weit zurückgeschleudert. Propf liegt am Einschuß. Einschuß unregelmäßig zerrissen, kein größerer Substanzverlust. Schmauch 5—6 cm breit (Durchmesser), teilweise in kleinen Klümpchen angeordnet, Begrenzung „gespritzt". Pappdeckel auf 25 cm rot gefärbt. Im Sand 2 cm breiter, 2 cm tiefer, stark mit Schmauch durchsetzter Trichter. Rotfärbung im Sand 1 mm über die Verschmauchung hinaus.

Versuch IVb.

5 g Pulver, Papierpfropf, 20 g Wasser, 2 cm Entfernung.

Propf 10 cm zurückgeworfen. Einschuß zerfetzt, ohne Substanzverlust. Rotfärbung des Pappdeckels auf mehr als 20 cm Begrenzung des Schmauchs „gespritzt". Im Sand 9 cm breiter, 2 cm tiefer Trichter, Rotfärbung nur stellenweise tiefer vorgedrungen.

Versuch Va.

5 g Pulver, Filzpfropf, 1 cm Entfernung.

Pfropf 10 m zurückgeworfen. Einschuß: unregelmäßiger Defekt. Im Sand 8 cm breiter, 7 cm tiefer Trichter. Fugen der Kiste etwas auseinandergetrieben.

Versuch Vb.

Ladung wie bei a, außerdem 20 g Wasser.

Pappdeckelfetzen 15 cm zurückgeworfen, Fünfmarkstückgroßer, unregelmäßiger Substanzverlust. Schwache Verschmauchung. Rotfärbung unregelmäßig begrenzt 15 cm, Begrenzung „gespritzt". Fugen der Kiste auseinandergerissen, Sand vollständig zusammengerutscht, Schmauch etwa 6 cm tief, Rotfärbung nicht tiefer eingedrungen. Pfropf im Sand.

Versuch VIa.

5 g Pulver, Filzpfropf, Mündung des Laufs auf den Pappdeckel direkt aufgesetzt.

(Bei diesem Versuch a und b 12 cm tiefe Kiste aus 4 mm dicken Brettchen.)

Unregelmäßige Zerfetzung des Pappdeckels mit handtellergroßem Defekt. Sandtrichter 10 cm breit, 10 cm tief. Kiste nicht beschädigt.

Versuch VIb.

Am Pappdeckel fast keine Verschmauchung, starke Verspritzung des Wassers. Sand durchsetzt von kleinen roten Punkten. Fugen der Kiste auseinandergerissen, an der Rückwand der Kiste Rotfärbung teils in feiner punktförmiger Verteilung, teils in großen Flecken.

Versuch VIIb.

Wie VIb, doch wieder, wie in allen anderen Versuchen, die stärkere Kiste. Pfropf zurückgeworfen, Pappdeckel zerfetzt. Sand in der ganzen Dicke schwach rot gefärbt, bei 12 cm Tiefe rote Punkte, teils einzeln, teils in Gruppen. Rückwand der Kiste der Länge nach (d. h. in der Richtung der Holzfasern) zerrissen, an ihr zahlreiche rote Punkte einzeln und in Gruppen bis Linsengröße.

In den folgenden Versuchen VIII—XI war die Sandkiste vorn statt mit Pappdeckel mit einem feuchten Kitzfell abgeschlossen.

Versuch VIIIa.

5 g Pulver, Filzpfropf, 1 cm Entfernung.

Pfropf 1 m zurückgeworfen. Einschuß: Sternförmige Zerreißung von 5 cm Durchmesser. Schmauch 2—3 cm breit. Im Sand 10 cm breiter, 8 cm tiefer Trichter.

Versuch VIIIb.

Ladung wie bei a, außerdem 20 g Wasser. Zerfetzung des Fells 1 cm im Durchmesser. Schmauch 8 cm breit, nicht „gespritzt". Rotfärbung über 10 cm. Trichter im Sand 6 cm tief. Pfropf im Sand.

Versuch IXa.

5 g Pulver, Filzpfropf. Mündung des Laufs auf das Fell aufgesetzt.

Pfropf mehrere m, Fellstücke 7 m zurückgeworfen. Einschuß: Zerreißung 5 cm Durchmesser. Sand zusammengeruscht.

Versuch IXb.

Ladung wie bei a, außerdem 20 g Wasser.

Einschuß: Unregelmäßige Zerfetzung 10 cm Durchmesser. Schmauch 2 cm im Durchmesser. Im Sand Trichter 15 cm breit, 9 cm tief. Fugen der Kiste an 2 Stellen gelockert.

Versuch Xa.

3 g Pulver, Filzpfropf, 1 cm Entfernung.

Defekt rund, von der Größe des Kalibers. Schmauch 2 cm (Durch-

Versuch Xb.

Ladung wie bei a, außerdem 25 g Wasser.

Lappenförmige Zerreißung 13 cm. Färbung des Fells 30 cm im Durch-

messer). Sandtrichter 6 cm tief, stark mit Schmauch durchsetzt. Pfropf im Sand.

messer. Schmauch 5 cm, nicht „gespritzt". Rotfärbung 3 cm tief und 11 cm im Durchmesser in den Sand eingedrungen.

Versuch XI a.

3 g Pulver, Filzpfropf, Mündung des Laufs dicht aufgesetzt.

Fell nicht durchgeschlagen, vom Pfropf nur wenig eingestülpt. Schmauch 4 cm.

Versuch XI b.

Ladung wie bei a, außerdem 25 g Wasser.

Pfropf 1/2 m, Sand 2 m zurückgeworfen. Sternförmige unregelmäßige Zerreißung 5 cm Durchmesser. Rotfärbung am Fell 6 cm im Durchmesser, kein deutlicher Schmauch. Sand zusammengerutscht. Rotfärbung 2 cm tief.

Schließlich habe ich in einem Doppelversuch die Verhältnisse bei Schuß in den Mund nachgeahmt: In den Sand wurde ein Kanal gegraben, der etwa in der Mitte der Kiste sich zu einer kleinen Höhle erweiterte. Hier herein wurde der Lauf der Pistole gebracht, nach vorn (d. h. gegen den Kolben der Pistole) der Sand wieder festgedrückt, die Vorderseite der mit 4 mm dicken Brettchen vernagelt.

Versuch XII a.

5 g Pulver, Filzpfropf.

Zerreißung der Fugen der Kiste, Abreißung der Rückwand in der Richtung der Holzfasern. Durchsetzung des Sandes in der ganzen Kiste mit Schmauch, Verschmauchung der Rückwand der Kiste.

Versuch XII b.

Ladung wie bei a, außerdem 20 g Wasser.

Die (im Schraubstock eingespannte) Pistole 20 cm weit zurückgeworfen, Kiste zersprengt, obere Wand quer (senkrecht zu den Holzfasern) zerrissen, Rückwand aus den Fugen gerissen und 7 m weit fortgeschleudert, Vorderwand 5 m zurück (d. h. entgegen der Schußrichtung) geschleudert. Sand von grauem Schmauch durchsetzt, Rückwand überzogen mit graurotem Schmauch.

In meinen Versuchen ist durchweg eine beträchtliche Steigerung der Schußwirkung bei Ladung von Wasser zu erkennen, am gewaltigsten bei Versuch XII, wie ja auch bei den Versuchen v. Hofmanns gerade der Schuß in den Mund die schwersten „Verwüstungen" durch die flüssige Ladung gezeigt hat. Am instruktivsten ist Versuch XI, bei dem die durch Filzpfropf abgeschlossene Pulverladung die „Haut" nicht durchschlagen konnte, dagegen die Wasserladung die „Haut" ausgedehnt zerfetzte, 2 cm in den Sand eindrang und diesen so erschütterte, daß er zusammenrutschte. Ich halte mich nach meinen Versuchen für berechtigt, einen großen Teil der zerstörenden Wirkung von Wasserschüssen bestimmt nicht bloß den Pulvergasen, sondern gerade der geladenen Flüssigkeit zuzusprechen. Wenn v. Hofmann den Anteil des Wassers an der Gesamtwirkung geringer einschätzt, so ist das wohl damit zu erklären, daß er nur geringe Mengen Wasser geladen hat: 6,7 g, während ich 15—20—25 g geladen habe. Ich glaube, daß ich der Wirklichkeit näher gekommen bin: Ein Selbst-

mörder wird sich wohl nicht mit einem Kaffeelöffel Wasser begnügen, sondern, wenn er einmal das Vertrauen zu der Wasserladung hat, einfach den Lauf voll gießen.

Die praktisch wichtigste gerichtsärztliche Frage ist natürlich die Diagnose; die Unsicherheit der Diagnose ist es ja wohl, was den Wasserschuß für das Publikum mit einem mysteriösen Dunkel umkleidet und für den exakten Arzt zu einem Objekt des Mißtrauens gemacht hat. Für diese Frage war von meinen Versuchen von vornherein nur wenig zu erwarten, daher nur einige Worte! Eine „explosive“ Wirkung, die wir bei der Mehrzahl der Wasserschüsse sehen, kommt ja auch bei anderen Schußverletzungen zustande. Daß dabei mehrere Komponenten zusammenwirken, von denen in gerichtlichen Fällen wohl immer eine oder mehrere „unbekannte Größen“ sind, und daß daher der Umfang der Zerstörung nur in sehr beschränktem Maß Schlüsse auf Waffe und Ladung zuläßt, muß nicht besonders ausgeführt werden. v. Hofmann macht auf die „gespritzte“ Anordnung und in frischen Fällen auf die noch feuchte Beschaffenheit der Pulverschwärzung aufmerksam. Ich habe die „gespritzte“ Anordnung einigemal sehr schön gesehen, andermal nicht, doch hat auch einer meiner einfachen Propfenschüsse ein sehr ähnliches Bild gezeigt. Sind diese Merkmale schon undeutlich, wenn auf irgendwelche leblose Gegenstände geschossen wurde, so ist in Selbstmordfällen ziemlich bestimmt zu erwarten, daß durch Blutung, durch sonstige Verunreinigungen, durch Beschädigung beim Hantieren mit der Leiche diese feinen Merkmale frühzeitig verwischt werden. Dasselbe gilt wohl noch mehr für die feuchte Beschaffenheit des Schmauchs.

So wird es wohl nach wie vor bei dem Urteil v. Hofmanns sein Bewenden haben: einen Wasserschuß zu diagnostizieren, ist in der Regel unmöglich.

Unfälle im Gefängnis.

Von Med.-Rat Dr. **Hoffmann** und Gerichtsarzt Dr. **Marx** in Berlin.

Die Unfallsfürsorge für Gefangene wird durch das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 geregelt und bestimmt im § 1, daß, wenn Gefangene einen Unfall bei ihrer Tätigkeit erleiden, bei deren Ausübung freie Arbeiter nach den Bestimmungen der Reichsgesetze über Unfallversicherung versichert sein würden, für die Folgen solcher Unfälle eine Entschädigung zu leisten ist.

Die Entschädigung tritt bei Körperverletzung oder Tötung ein. Zwar steht nach einer allgemeinen Verfügung vom 13. September 1904 den in den Gefängnissen der Justizverwaltung mit Hausarbeiten beschäftigten Gefangenen bei etwaigen Unfällen ein Recht auf Entschädigung auf Grund dieses Gesetzes nicht zu; doch können den bei Hausarbeiten durch Unfall verletzten Gefangenen und den Hinterbliebenen eines etwa Getöteten Unterstützungen in dem Umfange des bezeichneten Gesetzes

und nach Maßgabe der vorhandenen Mittel auf Widerruf gewährt werden.

Im Falle der Verletzung wird außer freier ärztlicher Behandlung, Arznei- und sonstigen Heilmitteln, sowie den im Heilverfahren erforderlichen Hilfsmitteln für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit dem Verletzten nach der Entlassung aus der Anstalt eine Rente gewährt; der Höchstbetrag der Vollrente ist 300 M.

Jeder Unfall eines Gefangenen ist alsbald einer Untersuchung zu unterziehen, durch die festzustellen ist: 1. Veranlassung und Art des Unfalls; 2. die getötete oder verletzte Person; 3. die Art der vorgekommenen Verletzungen und 4. die entschädigungsberechtigten Hinterbliebenen. Der Bezug der Rente ruht, so lange der Berechtigte für die Dauer von mehr als einem Monat inhaftiert ist, sei es in einem Gefängnis, in einem Arbeitshause oder in einer Besserungsanstalt. Ist bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit eine Rente von 20 oder weniger Prozent der Vollrente festgestellt, so kann entsprechende Kapitalsabfindung durch die Ausführungsbehörde stattfinden.

Zu dem Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 ist dann noch ein Ausführungsgesetz unter dem 28. Juli 1902 erlassen worden, dessen Bestimmungen hier im wesentlichen nicht interessieren. Entstehende Streitigkeiten unterliegen der Entscheidung des Bezirksausschusses.

Soweit die wesentlichen Bestimmungen der hier in Betracht kommenden gesetzlichen Vorschriften.[1])

Es dürfte nun interessieren, zu erfahren, wie im allgemeinen Unfälle in den Gefängnissen verlaufen. Soweit wir unterrichtet sind, ist darüber in der Literatur wenig bekannt.

Während einer 10jährigen gefängnisärztlichen Tätigkeit im Untersuchungsgefängnis Berlin-Moabit haben wir im ganzen 781 Unfälle von Gefangenen beobachtet, und zwar sowohl bei den mit Hausarbeit beschäftigten Gefangenen, als auch bei denjenigen, die in den im Gefängnis eingeführten Betrieben beschäftigt sind (Schlosserei, Heizungs-, Beleuchtungs-, Wasserleitungs-Betriebe, Tischlerei, Anfertigung von Spielwaren, Sortieren von Wolle usw.).

Von den beobachteten Unfällen betrafen:

den Kopf	32,	die oberen Gliedmaßen	461,
die Sinnesorgane . .	10,	die unteren Gliedmaßen	220,
das Auge speziell . .	12,	den Rumpf	9.

Bei den übrigen Unfällen handelte es sich nicht um eigentliche Unfälle, sondern um körperliche Beschwerden, die angeblich durch einen Unfall entstanden waren, für die aber in Wirklichkeit ein eigentlicher Unfall nicht nachzuweisen war.

Von den Unfällen waren hervorgerufen durch:

Schnittwunden .	264,	stumpfe Gewalt	349,
Stichwunden . .	53,	Verbrennung und Verbrühung	35.

---

[1]) Vgl. Klein: Verwaltung und Strafvollzug in den Preußischen Justizgefängnissen; Berlin 1910.

Bei diesen 781 Unfällen kam es nur in 3 Fällen zu entschädigungspflichtigen Unfallsfolgen.

In einem Falle war einem Gefangenen durch die Zentrifuge in der Waschküche der linke Arm fast vollkommen abgerissen, so daß eine Amputation des linken Oberarms notwendig wurde. Der Gefangene, dessen Unfall sich im Jahre 1913 ereignete, ist einstweilen vollkommen erwerbsunfähig und bezieht Vollrente.

In einem zweiten Falle wurden durch eine schwere Quetschung der 3. und 4. Finger der rechten Hand stark gequetscht. Die Verletzung war nach 3 Monaten soweit geheilt, daß eine Beschränkung der Arbeitsfähigkeit von nur 5% bestand; diese Beschränkung ist inzwischen beseitigt.

Im dritten Falle handelte es sich um eine Verstauchung von 2 Fingern der rechten Hand, infolge deren eine leichte Beschränkung der Erwerbsfähigkeit zurückgeblieben ist. Ueber den weiteren Verlauf dieses Falles haben wir nichts erfahren können.

In allen übrigen Fällen ist es zu einer vollen Heilung gekommen, mit anderen Worten:

In kaum 0,3% der Fälle hatten die zum Teil recht schweren Unfälle eine Beschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge.

Wenn auch allerdings der überwiegende Teil der Verletzungen leichterer Art war, so wird man gleichwohl das gewonnene Resultat als ein außerordentlich günstiges bezeichnen können, namentlich wenn man eine Parallele zieht zu den Unfallsfolgen, wie sie beim freien Arbeiter zu beobachten sind.

In Uebereinstimmung mit F. Leppmann[1]) haben wir nicht ein einziges Mal eine Unfallshysterie auf Grund einer in der Haft erworbenen Beschädigung gesehen.

Wenn man nun fragt, wie diese günstigen Erfolge erreicht worden sind, so können wir diese Frage dahin beantworten:

Jeder, auch der geringfügigste Unfall wird nicht nur sofort gemeldet und eingehend geschildert, er kommt auch sofort vor die Augen des Arztes. Dabei haben wir den Grundsatz verfolgt, jeden Fall von Unfallverletzung sofort in das Gefängniskrankenhaus zu verlegen. Hier haben wir grundsätzlich eine aseptische Wundbehandlung unter Anwendung fixierender Verbände bezw. Bettruhe durchgeführt. Die Wunden sind infolgedessen fast immer schnell geheilt und zwar meist reaktionslos; da, wo sich Entzündungs- oder Eiterprozesse anschlossen, wurden frühzeitig Inzisionen angelegt. Sobald es irgendwie möglich war, haben wir mit Bewegungsübungen begonnen. Die Vorbedingungen für die Behandlung von Unfallverletzungen liegen eben nirgends so günstig, wie im Gefängnis, wo jeder arbeitende Gefangene dauernd unter Aufsicht steht, wo sofort ärztliche Hilfe vorhanden ist, und wo der Gefangene sich wider-

[1]) Der Gefängnisarzt; Berlin 1909.

spruchslos den ärztlichen Verordnungen fügen muß. Es kann auf diesem Wege kaum eine Vernachlässigung von Wunden vorkommen; so erklären sich dann die überaus günstigen Resultate und Ausgänge der Unfallverletzungen.

Die Mehrzahl der Gefangenen weiß sehr wohl, daß der Staat bei Unfallverletzungen ihnen gegenüber rentenpflichtig ist, so daß also von vornherein die Vorbedingungen für die Entstehung einer Unfallshysterie ebenso gegeben sind, wie in der Freiheit. Daß gleichwohl Unfallshysterien so gut wie nie bei Gefangenen, unter denen sich doch ein erheblicher Prozentsatz von geistig Minderwertigen befindet, beobachtet werden, liegt eben auch zum Teil in der Schnelligkeit, mit der die Wunden und Unfallsfolgen zur Heilung gebracht werden, so daß der Gefangene erst gar nicht lange Zeit hat, sich in eine Unfallshysterie hineinzuleben; dann aber fehlt, speziell in unserem Gefängnis, in dem fast alle Gefangenen isoliert sind, die Möglichkeit der psychischen Infektion, ein nicht zu unterschätzendes Moment.

Wir haben unsere Statistik und Beobachtungen einmal wegen der erzielten günstigen Resultate veröffentlicht, dann aber auch, weil wir glauben, daß unsere Beobachtungen auch für die Frage der Unfallverletzungen und ihrer Behandlung bei freien Arbeitern in mancher Beziehung recht lehrreich sind.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Ein Fall von Netzhautablösung nach Erschütterung des Körpers. Von Stabsarzt Dr. Niepraschk. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1914, Heft 6.

Niepraschk beobachtete bei einem Jäger, der im zweiten Jahre diente, mit voller Sehschärfe eingestellt worden war und drei Tage vor dem Unfall sich einen Preis erschossen hatte, eine Netzhautablösung auf dem rechten Auge. Als Ursache wurde ziemlich hartes Aufspringen beim Kastenturnen angenommen. Schon während des Turnens bemerkte der Mann einen dunkeln Fleck vor dem rechten Auge; drei Tage nach dem Unfall wurde die Netzhautablösung festgestellt. Die Sehleistung war anfangs $^6/_8$; sie ging trotz Behandlung auf $^6/_{36}$ herunter, bei entsprechender Einschränkung des Gesichtsfeldes. Ein begünstigendes Moment (Albuminurie, Syphilis) war nicht festzustellen. Aehnliche Fälle sind nach der Literatur sehr selten; ihr Vorkommen wird sogar von manchen Autoren bestritten.

Dr. Bernstein-Mühlhausen i. Th.

Zur Frage der Entstehungsbedingungen der Unfallneurosen. Von Prof. Dr. H. Stursberg, Oberarzt der Klinik. (Aus der mediz. Universitäts-Klinik in Bonn). Mediz. Klinik; 1914, Nr. 8.

Verfasser wendet sich gegen die Auffassung Placzeks in „Müssen Unfälle nervöse Folgen haben?“ (Mediz. Klinik 1913), wonach es zwar nervöse Zustände gäbe, die lediglich als Folgen der Verletzung selbst anzusehen seien, die Ueberzahl der Unfallneurotiker aber durch die „von Anfang an suggestiv unheilvoll wirkenden Begehrungsvorstellungen“ erkrankten. Die schon an sich geringe Zahl der entschädigungspflichtigen Unfälle bei den Arbeitern der Brauerei- und Mälzereiberufsgenossenschaft (Sekt. IX und VI) beweist das Gegenteil, um so mehr als diese Arbeiter durch den regelmäßigen und reichlichen Alkoholgenuß noch besonders zu nervösen Nachkrankheiten disponiert sind. Die Sportunfälle der Gebildeten und die Betriebsunfälle der Arbeiter

können nicht ohne weiteres verglichen werden. Nach Verfassers Ansicht spielt die Begehrlichkeit für die Entwicklung der Unfallneurosen zwar auch eine Rolle, als wichtigste Ursache ist jedoch eine gewisse Minderwertigkeit des Nervensystems anzusehen. Wenn wir gegen die Grundursache nichts ausrichten können, so haben doch die Maßnahmen gegen die an zweiter Stelle wirksamen Schädigungen ihre Berechtigung und Bedeutung.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Ueber den Einfluß von Rechtsansprüchen bei Neurosen. Oeffentliche Antrittsrede, gehalten am 13. Februar 1913 von Otto Naegeli, a. o. Professor der inneren Medizin in Tübingen. Verlag von Veit & Comp. Leipzig 1893. Preis: 1,40.

Verfasser bespricht den ungünstigen Einfluß einer Versicherung gegen Unfall oder Krankheit auf den Krankheitsverlauf, bezw. die Heilungsdauer von Neurosen. Die Hauptursache dieses sich langsam entwickelnden Leidens bildet die Angst und Besorgnis für die Zukunft, der Kampf um Genugtuung, vor allem aber das Streben nach ausreichender und möglichst hoher Entschädigung. Naegeli sagt direkt, daß durch die staatliche Fürsorge gegen Unfall und Krankheit zahlreiche Leute nervenkrank gemacht, oder die Heilung durch nervöse, mit dem Versichertsein im Zusammenhange stehende Störungen im hohen Grade verhindert oder verzögert werde, so daß man „von einem antisozialen Einfluß der sozialen Gesetzgebung“ sprechen müsse. In ausführlicher und interessanter Weise führt er an der Hand von Beispielen eigener Erfahrung dies näher aus. Seine Untersuchungen und die anderer Autoren zeigen, daß in Ländern, wo durch eine einmalige Kapitalsabfindung jedes weitere Recht auf Entschädigung verschwindet, wie in der Schweiz und einigen nordischen Staaten, fast niemals nach der Kapitalsabfertigung eine Erwerbsschädigung durch das Leiden bedingt war, während in Ländern mit Rentenabfindung die Leute „unter dem demoralisierenden System der Rentenzahlung“ dauernd krank bleiben, um nicht ihre Rente zu verlieren.

N. sieht es als erwiesen an, daß die traumatische Neurose keine ungünstige, sondern im Gegenteile eine sehr gute Prognose hat; von einer bleibenden Erwerbsschädigung könne nicht mehr gesprochen werden, sondern nur von einer vorübergehenden für 1—2—3 Jahre. Dies gilt allerdings nur für Fälle mit einmaliger Kapitalsabfindung. Verfasser warnt vor der Humanität, die vielleicht wegen eines kleinen Unrechtes gegenüber Vereinzelten zu einer schweren Schädigung der Gesamtheit führt und stellt folgenden Leitsatz auf: „Es darf unter keinen Umständen volle Versicherung gestattet werden. 80% ist das Höchste, was für Verheiratete gelten soll, für Ledige könnte man noch niedriger gehen.“

Dr. A. M. Marx-Prag.

Ueber Brüche des knöchernen Trommelfellrandes. Ein Beitrag zur Unfallrente. Von Prof. Dr. Heinrich Walb, Geh. Med.-Rat, Direktor der Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Hals- und Nasenkranke in Bonn. Mit 18 Figuren und 4 Tafeln. A. Markus und E. Webers Verlag. Bonn 1914. Preis brosch. 3 M, geb. 4 M.

In der interessanten Abhandlung, der eine über 100 Fällen gesammelte Erfahrung aus der Unfallpraxis zugrundeliegt, verweist der Autor auf die von ihm beobachteten bei Schädeltraumen bisweilen entstehenden isolierten Verletzungen des knöchernen Trommelfellrandes, die bisher weder von den Chirurgen, noch auch von den Otologen beachtet wurden. Fälle mit einer solchen Verletzung wurden bisher wegen der ähnlichen Symptome gewöhnlich als Schädelbasisfraktur diagnostiziert. Nach eingehender Besprechung der Symptome, Lokalisation, Entstehungsursache dieser Verletzungen und einigen therapeutischen Winken berichtet der Verfasser sodann ausführlich über 23 Fälle und faßt schließlich seine Beobachtungen in folgenden Schlußsätzen zusammen:

1. Bei den Verletzungen des Kopfes durch Fall, Schlag oder Stoß wird häufig eine stärkere Blutung aus dem Ohre beobachtet. Die häufigste Quelle derselben sind isolierte Brüche des Margo tympanicus, die gewöhnlich mit einem Riss des Trommelfells verbunden sind.
2. Eine Schädelbasisfraktur kann nur durch Ausfallerscheinungen resp. Reiz-

zustände diagnostiziert werden, die der Bruch und seine Begleiterscheinungen selbst auslösen.

3. Die peripheren Felsenbeinbrüche sind sehr häufig mit Labyrinthverletzungen vergesellschaftet. Letztere bedingen und erklären die oft lange Zeit nach der Verletzung noch fortdauernden Beschwerden, insbesondere Schwerhörigkeit, Kopfschmerzen und Schwindel.
4. Die Brüche des Margo tympanicus mit oder ohne Trommelfellruptur heilen meistens glatt aus. Sie bedingen für sich nach der Heilung keine oder geringe Beschwerden; insbesondere ist das Hörvermögen, in Fällen wo das Labyrinth gesund geblieben, oft weniger oder gar nicht gestört. Dagegen kann besonders in der ersten Zeit Ohrensausen durch dieselben veranlaßt werden, und zwar reflektorisch durch Reizung der in der Trommelfellnarbe eingeheilten Nervenenden.
5. Die traumatischen Trommelfellverletzungen heilen in der größten Mehrzahl der Fälle, ohne bleibende Perforationen zu hinterlassen, auch dann, wenn die Verletzung von einer Mittelohreiterung begleitet ist. Wird daher im Trommelfell eine größere, rundliche Perforation gefunden, bei fortdauernder Eiterung und besonders, wenn sich derselbe Befund an beiden Trommelfellen ergibt, so ist der Verdacht gerechtfertigt, daß das Leiden zu Unrecht auf einen Unfall zurückgeführt wird, vielmehr schon vor dem Unfall bestanden hat.
6. Reine Trommelfellrupturen, die keinen Zusammenhang mit Margofrakturen haben, kommen durch indirekte Gewalt äußerst selten zustande; sie finden sich in den Fällen leichter, wo das Trommelfell verdünnt resp. erschlafft war.

Dr. A. M. Marx-Prag.

Ueber intestinalen Milzbrand als Unfallfolge. Von H. Curschmannn. Aus der inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses St. Rochus, Mainz. Mediz. Klinik; 1914, Nr. 8.

Der Arbeiter H. einer Dachpappenfabrik starb nach 4 tägiger Krankheit. Die pathol.-anat. Veränderungen und die bakteriol. Untersuchung des Herzblutes ergaben Milzbrand. Sicher ließ sich diese Infektionsquelle nicht feststellen; wahrscheinlich handelte es sich um Infektion bei der Arbeit; der ganze Befund ließ als Eingangspforte den Respirationstraktus ansprechen. Durch Endbescheid wurden die Ansprüche der Witwe auf Anerkennung eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Tode des H. und einem Betriebsunfall abgelehnt.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Begriff und Abgrenzung des „Betriebsunfalles“. Von Dr. med. W. Hanauer in Frankfurt a. M. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1914, 47. Bd., 2. H., S. 303.

Die Arbeit bringt einige neuere Erkenntnisse des Reichsversicherungsamtes, die zum Teil der bekannten Indikatur entsprechen, z. T. einige neuere Auslegungen enthalten. Der Inhalt ist den Lesern dieser Zeitschrift aus dem Referatenteile größtenteils bekannt. Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Begriff „Betriebsunfall“. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts (Großen Senats) vom 28. Februar 1914.

Nach einer sehr ausführlichen Begründung, die hier weniger interessiert, kommt der Große Senat zu folgenden Grundsätzen:[1])

Ein Betriebsunfall ist gegeben, wenn der Verletzte der Gefahr, der er erlegen ist, durch die Betriebsbeschäftigung ausgesetzt war. Damit scheiden für die Haftung der Berufsgenossenschaften im allgemeinen aus: plötzliche Gesundheitsschädigungen während der Betriebsbeschäftigung, die lediglich auf körperlicher Veranlagung beruhen und deshalb regelmäßig nicht als Unfälle gelten können, ferner Unfälle von Versicherten, wenn diese durch ihr Verhalten die Beziehungen zum Betriebe gelöst hatten oder eigenwirtschaftlich tätig waren.

---

[1]) In dem betreffenden Falle war ein Landwirt beim Abfahren von Holz auf dem Heimweg versehentlich durch einen Steinwurf verletzt, dem der Täter einen anderen zugedacht hatte.

Der Begriff des Betriebsunfalls erfordert nicht, daß die Unfallgefahr eine besondere, dem Betriebe eigentümliche, oder daß der Versicherte ihr durch die Betriebsbeschäftigung in erhöhtem Maße ausgesetzt war. Anderseits liegt ein Betriebsunfall nicht schon dann vor, wenn ein schädigendes Ereignis mit der Betriebsbeschäftigung nur zufällig örtlich und zeitlich zusammentraf, wie beispielsweise in der Regel bei Unfällen aus allgemein wirkenden Gefahren (Epidemien, Erdbeben, Ueberschwemmungen) oder bei vorsätzlichen Verletzungen, die durch Dritte aus rein persönlichen, gegen den Verletzten gerichteten Beweggründen erfolgten.

Vielmehr bedarf es zur Annahme eines Betriebsunfalls auch des ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Betriebe und dem schädigenden Ereignisse. Als Ursachen kommen dabei nicht schon lose und entfernt mit dem schädigenden Ereignisse verbundene, sondern nur solche Umstände in Betracht, die nach Auffassung des praktischen Lebens „rechtlich beachtlich“ sind, das heißt zum Zustandekommen des Unfalls wesentlich beigetragen haben.

Daraus folgt, daß die den Zwecken des Betriebs dienende Beschäftigung ursächlich in obigem Sinne beim Unfall mitgewirkt haben muß, daß der Versicherte also infolge der Beschäftigung im Betriebe der Gefahr, der er erlegen ist, ausgesetzt wurde. Trifft dies zu, so stellen sich die sogenannten Gefahren des täglichen Lebens als Gefahren des Betriebs dar, und es werden daher die durch sie herbeigeführten Unfälle von der Unfallversicherung ebenso ergriffen wie andere Unfälle beim Betriebe.

Ob hiernach der ursächliche Zusammenhang gegeben ist, muß von Fall zu Fall unter Abwägung des verschiedenen Wertes der Bedingungen des Erfolges geprüft werden.

Vorliegend hatte F. den Weg, auf dem er den Unfall erlitt, überwiegend im Interesse seines landwirtschaftlichen Betriebs unternommen. Auf den Betrieb war es mithin im wesentlichen zurückzuführen, daß der Verletzte am Unfalltage an dem Gehöfte eines Mannes vorüberkam, der einen Angriff gegen eine ihm verfeindete Person plante. Der Betrieb brachte den Kläger in die Gefahr, gerade in der Abenddämmerung mit einer anderen Person verwechselt und dadurch das Opfer des von dem Angreifer geplanten Anschlags zu werden. Der Betrieb hat sonach die Bedingungen geschaffen, die zu dem Eintritt des Ereignisses erheblich beigetragen haben: er hat deshalb ursächlich im Sinne der dargelegten Leitsätze zum Zustandekommen des Unfalls mitgewirkt. Da sich der Unfall somit „bei dem Betriebe“ im Sinne des § 1 Abs. 1 Landw.-Unf.-Vers.-Ges. ereignet hat, ist die Berufsgenossenschaft verpflichtet, den Verletzten für seine Folgen zu entschädigen. Der Rekurs war daher als unbegründet zurückzuweisen.

In Fällen, in denen ein Arbeiter innerhalb der Betriebsstätte tot aufgefunden wird und sich die Todesursache nicht genau ermitteln läßt, ist im Zweifel ein Betriebsunfall anzunehmen. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 23. April 1914.

Zur Anerkennung eines Betriebsunfalles genügt es, wenn die Umstände des Falles, namentlich die Gefährlichkeit der Betriebseinrichtungen und das Fehlen anderer annehmbarer Ursachen es wahrscheinlich machen, daß die tödliche Verletzung durch den Betrieb, wenn auch in einer technisch und medizinisch nicht völlig einwandfrei aufzuklärenden Weise herbeigeführt ist.[1])

Begriff „Dauerrente“. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 5. Mai 1914.

Hat der Versicherungsträger die Entschädigung abgelehnt, und erkennt eine höhere Instanz eine Rente zu, so gilt diese als Dauerrente, wenn in der Entscheidung nicht bemerkt ist, daß es sich um eine vorläufige Rente handelt (§ 1585 Abs. 1 Satz 3 R.V.O. in Verbindung mit Satz 2).

---

[1]) Im vorliegenden Falle war ein Maschinenmeister in einem unterirdischen Raum, in dem elektrisch betriebene Maschinen laufen, tot aufgefunden. Die Leichenöffnung hatte keine äußerlichen Verletzungen, sondern nur einen Rippenbruch ergeben.

Bei Verlust eines Auges (25%) kommt es bei Beurteilung des Grades der Erwerbseinbuße auf die gewöhnliche regelmäßige Tätigkeit zur Zeit des Unfalles an. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungs- vom 18. Februar 1914.

Nach dem Gutachten des Professors N. vom 28. Juni 1912 kann es keinem Zweifel unterliegen, daß seit Festsetzung der Teilrente von 33⅓% in dem Zustande des Rekursbeklagten insofern eine Besserung eingetreten ist, als er sich jetzt an das einäugige Sehen vollkommen gewöhnt hat. Insbesondere besitzt er jetzt wieder ein gutes, völlig normales Tiefenschätzungsvermögen, wie er dem R.-V.-A. gegenüber auch selbst zugegeben hat. Da das erhaltene rechte Auge die volle Sehschärfe hat — abgesehen von geringer Alterssichtigkeit — so liegt jetzt ein Zustand vor, der den Rekursbeklagten nach der ständigen Rechtsprechung des R.-V.-A. nur noch zum Bezuge einer Teilrente von 25% berechtigt, sofern der Verletzte nicht zur Zeit des Unfalles Arbeiten verrichtet hat, die ein besonderes scharfes Sehen erforderten. Der Unfall hat sich am 21. März 1907 ereignet. Zu dieser Zeit war der Rekursbeklagte schon seit Jahren als Reparatur-(Zimmer-)Hauer beschäftigt; er wurde zwar ab und zu ausnahmsweise auch zu Kohlenhauerarbeiten herangezogen, seine gewöhnliche, regelmäßige Tätigkeit — und auf diese allein kommt es an — war aber die eines Reparaturhauers. Als solcher wurde er ferner zwar häufig mit Arbeiten betraut, die große Zuverlässigkeit, Tüchtigkeit und Erfahrung erforderten, namentlich mit dem Aufbauen von Bremsen und Haspeln, dem Legen von Weichen und Bühnen und dem Aufwältigen von Brüchen. Aber diese Arbeiten erfordern nur ein durchschnittliches, kein besonders scharfes Sehvermögen, wie die Tätigkeit des Kohlenhauers, und deshalb konnte dem Rekursbeklagten die Teilnahme von 33⅓% nicht weiter belassen werden. Unerheblich ist auch, daß der Rekursbeklagte gelernter Kohlenhauer ist, also zur Zeit des Unfalls befähigt war, die Arbeiten eines Kohlenhauers zu verrichten; denn es kommt für die Rentenbemessung nur die zur Zeit des Unfalles tatsächlich ausgeübte Tätigkeit in Betracht.

Bei Verkürzung des linken Zeigefingers um 1½ cm und Versteifung seines Mittel- und Endgelenkes ist nach Angewöhnung keine Erwerbsverminderung anzunehmen. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 18. Februar 1914.

Gesundheitsbeschädigung durch Telefon als entschädigungspflichtiger Versicherungsunfall anerkannt. Urteil des Reichsgerichts (VII. Z.-S.) vom 9. Juni 1914.

Der Kaufmann S. hatte nach seinen Angaben am 15. Juli 1909 beruflich im Postamt telefoniert; hierbei sollen im Telefon plötzlich heftige Knackgeräusche aufgetreten sein, durch die er eine schwere körperliche Schädigung erlitten haben und stark neurasthenisch geworden sein will. Er machte deshalb Ansprüche an den Allgemeinen Versicherungs-Verein geltend, die dieser ablehnte. Das Landgericht in Berlin, das der Darstellung des Klägers mißtraute, wies die Klage ab. Gegen dieses Urteil legte dieser Berufung beim Kammergericht Berlin ein, das auf Grund einer umfangreichen Beweisaufnahme in dem Vorkommnis vom 15. Juli 1909 einen Unfall im Sinne der Versicherungsbedingungen anerkannte unter folgender Begründung: Nach dem ausführlichen Gutachten des Geh.-Rats Prof. Dr. Eulenburg leidet der Kläger S. an schweren nervösen Störungen, die seine Arbeitsfähigkeit zum mindesten stark beeinträchtigen. Daß er simuliert, erscheint ausgeschlossen. Die Krankheitserscheinungen, sowohl die subjektiven wie Kopfschmerz u. a., als auch die objektiven wie Zucken der Gesichtsmuskeln, Schweißbildung u. a. m. sind alle nach dem Unfallstage eingetreten; dagegen ist nicht dargetan, daß sie schon vor diesem Tage vorhanden waren. Freilich ist der Kläger nervös prädisponiert, psychopathisch veranlagt; dennoch ist als erwiesen anzusehen, daß die jetzigen Krankheitserscheinungen auf den 15. Juli 1909 zurückzuführen sind. Nach den allgemeinen Bedingungen des beklagten Versicherungsvereins gelten als Unfälle alle ärztlicherseits erkennbaren Beschädigungen, durch die der Versicherte unfreiwillig, wie z. B. durch Blitz und elektrischen Schlag, betroffen wird.

Dafür, daß der Kläger bei der Telefonbenutzung einen elektrischen Schlag erhalten hat, liegt kein Anhalt vor, wohl hat sich aber in der Anlage ein Geräusch bemerkbar gemacht, das S. als lautes Knacken festgestellt haben will. Auch der einzige Zeuge, der Postbeamte, sagt, daß das Geräusch ein lautes, ungewöhnliches Knacken gewesen sei. Nun gibt das Gutachten des Prof. Francke an, daß Knack-Geräusche aus sehr verschiedenen Ursachen entstehen können. Solche Geräusche sind aber im Sinne der Bedingungen als ein von außenher plötzlich einwirkendes Ereignis aufzufassen im Gegensatz zu psychischen Einwirkungen. Der Umstand, daß keiner der behandelnden Aerzte eine objektiv nachweisbare Veränderung am Gehörorgan des Klägers S. festgestellt hat, macht die Klage noch nicht hinfällig, denn Knackgeräusche können, brauchen aber nicht immer solche Veränderungen hervorzurufen. Man wird hier einen Versicherungsfall im Sinne der Bedingungen anerkennen müssen. Zu berücksichtigen ist hierbei, daß die Bedingungen nicht verlangen, daß der Unfall die alleinige Ursache sein müsse. Nach alledem ist der Versicherungsverein verpflichtet, den Kläger für die Folgen des Unfalls zu entschädigen, den er am 15. Juli 1909 erlitten hat. Gegen dieses Urteil legte der beklagte Verein Revision beim Reichsgericht ein, die jedoch von dessen VII. Zivilsenat als unbegründet zurückgewiesen wurde. (Sächsische Korrespondenz.)

Eigenmächtige Entfernung eines erkrankten Kassenmitgliedes aus dem Krankenhause. Zeitschrift für Rechtspflege im Großherzogtum Braunschweig; 59. Jahrg., Ergänzungsheft S. 36.

Die in den §§ 7 und 20 Abs. 1 Ziff. 1 R. V. O. geordnete Befugnis der Ortskrankenkassen, an Stelle der Regelleistungen im § 6 daselbst den ledigen Versicherten, welche weder eine eigene Haushaltung haben noch Mitglieder der Haushaltung ihrer Familie sind, unabhängig von ihrer Zustimmung, Krankenpflege zu gewähren, wird nur insoweit eingeschränkt, als die Einreihung in das Krankenhaus nicht erfolgen darf, wenn die Krankenhausverwahrung nach Lage des Einzelfalles als objektiv verfehlte Maßnahme sich darstellt und besonders, wenn durch sie die Heilung der Versicherten gefährdet werden kann. Die bloße Möglichkeit eines nachteiligen Einflusses der Krankenhauspflege berechtigt den Kranken nicht zu ihrer Zurückweisung. Diese Rechtssätze finden auch Anwendung, wenn der Versicherte das Angebot der Krankenhausbehandlung angenommen hat, aber vor Beendigung des Heilverfahrens ohne Genehmigung des Kassenvorstandes oder ohne Zustimmung des Krankenhausarztes, durch den die Kasse bei der Entlassung vertreten wird, das Krankenhaus verläßt. In einem konkreten Fall verneinte der Herzoglich Braunschweigische Verwaltungsgerichtshof die Frage, daß die Entfernung eines Kranken gegen den Rat des Krankenhausarztes als berechtigt anzusehen war (Urteil vom 10. Januar 1912). Es konnte nicht anerkannt werden, daß das Verweilen des Kranken im Krankenhause nicht förderlich gewesen wäre. Nach dem Gutachten des ärztlichen Sachverständigen, dem der V. G. H. beitrat, war das Auftreten der Psychose des N. nicht auf den Aufenthalt und das Festhalten im Krankenhause zurückzuführen, sondern mit größter Wahrscheinlichkeit darauf, daß dem Kranken die Schwere seines Leidens zur Erkenntnis gekommen war. Wäre sie durch die ungestillte Sehnsucht nach dem Elternhause entstanden, so würde sie nach der Heimkehr schneller abgeklungen sein, als geschehen. Nach dem Gutachten eines anderen Arztes ging die „eigentümliche geistige Verfassung“ einer langsamen Besserung entgegen und die geistige Verwirrung und Depression ließ nach. Ist auch durch das Verlassen des Krankenhauses dem Erkrankten kein Schaden erwachsen, so hat nach dem erstgenannten ärztlichen Gutachten diese bei dem Zustande des Kranken sehr gefährliche, mit einem überaus gewagten Transport verknüpfte Maßnahme keinen Nutzen für N. gestiftet; die langsam günstige Wendung in seinem Befinden würde voraussichtlich auch bei einem Verbleiben in der Anstaltsbehandlung eingetreten sein. Auf keinem Fall würde das Verbleiben des N. im Krankenhause den Heilzweck nicht gefährdet haben. Nach dieser Feststellung gestaltet sich die gegen die Weisung des Krankenhausarztes erfolgte Entfernung als eigenmächtige, unbefugte und zieht den Verlust des Unterstützungsanspruches nach sich. Wenn N. unter Hinweis auf § 104 Abs. 2 den Einwand der Geschäftsunfähigkeit macht, so muß er den Nachweis führen, daß er vor

seinem Transport aus dem Krankenhause in einem die freie Willenslassung ausschließenden Zustande krankhafter Störung sich befunden habe.
Dr. W. Hanauer-Frankfurt a. M.

B. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

1. Pocken und Schutzpockenimpfung.

Die Aetiologie der Variolavakzine und die neueren Forschungen über den Pockenerreger. Von Prof. Dr. L. Unger in Wien. Mediz. Klinik; 1914, Nr. 12/13.

Die Kuhpocken sind wie auch die pockenartigen Erkrankungen anderer Haustiere keine autochthone, originäre Erkrankung der Species bovina, sondern sie bilden eine abgeirrte, ursprünglich von der menschlichen Variola abstammende Erkrankung. Nur die Schafpocken, Ovine, machen eine Ausnahme. Variola- und Vakzine-Virus sind identisch. Die Kuhpocke läßt sich aus der Menschenpocke erziehen, bleibt aber bei den Rindern lokal, eine Eigenschaft, die sie auch (nach mehreren Rinderpassagen) beibehält, wenn dies Vakzine-Virus auf den Menschen zurückgeimpft wird. Das Variolavakzinevirus erweist sich im trockenen Zustande gegen äußere Einflüsse, Austrocknung, Temperaturen etc., sehr widerstandsfähig, während die flüssige native oder konservierte Glyzerinlymphe bei 37 ° C. bald ihre Virulenz einbüßt. Von den Chemikalien vernichten u. a. Sublimat und Formalin (1 ‰), Wasserstoffsuperoxyd (1 %) und reiner Alkohol bald ihre Wirksamkeit. Das Virus ist filtrierbar durch Berkefeld V, wird aber zurückgehalten durch Ultra-(Colloid)-Filter. Es haftet zunächst an den Schleimhäuten (Protopustel); von hier aus folgt die Generalisierung über den Körper. Verbreitung erfolgt durch Tröpfchen-Infektion und -Inhalation. Die Erreger gehören nicht zu den Bakterien. Pfeiffer, v. d. Loeff und Guarnieri sprechen amoebenartige Gebilde dafür an: Cytorrhyhtes, Guarnierische Körperchen. Das sind aber nicht die Erreger, sondern nur ganz charakteristische und spezifische Reaktionsprodukte (aus Plastin und Chromatin) des Zellprotoplasmas auf das Vakzinevirus; sie fehlen bei Varizellen etc. und sind daher von diagnostischer Bedeutung. Prowazek glaubte in den Initialkörperchen, die er den Clamydozoen zurechnete, den Erreger gefunden zu haben, was nicht zutrifft. Paschen hat dagegen in den Paschenschen Körperchen wahrscheinlich den Erreger entdeckt. Sie sind rundlich, sehr klein (1/4 Mikron), schwer darstellbar, sehr widerstandsfähig und in den Pusteln geradezu in Reinkultur enthalten. In Epithelzellen zeigen sie zahlreiche Teilungsfiguren und lebhafte Vermehrung. Durch spezifisches Immunserum werden sie agglutiniert. Sie fehlen bei Varizellen und anderen mit Blasenbildung einhergehenden Erkrankungen. Fornet hat die Züchtung in Ascites-Zuckerbouillon versucht; es gelang ihm noch mit 12. Passage, positive Impferfolge zu erzielen, jedoch hat er wahrscheinlich nur die stark verdünnten und abgeschwächten Erreger verimpft. Er fand aber in dem Aether ein Mittel, das die Lymphe in kurzer Zeit keimfrei und sehr lange haltbar macht, ohne ihre Wirksamkeit zu beeinträchtigen, was für die Impfpraxis von Bedeutung sein dürfte. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Pockeninfektion und Vakzination in ihrer gegenseitigen Beeinflussung. Von Dr. Ch. Bäumler. Münchener med. Wochenschr.; 1914, S. 670.

Bei allen Krankheiten mit längerer Inkubationszeit, wie Pocken, hat sich die Gefahr der Verschleppung durch den modernen Verkehr vermehrt. Menschen und Gebrauchsgegenstände, namentlich Kleider, sind die Träger. Die Diagnose hat besonders im Anfange Schwierigkeiten wegen Verwechslung mit Masern und Varizellen. Die „Gewissensklausel“ entwertet die Vorsichtsmaßregeln; denn sie schafft mitten im Volke empfängliche Volksgruppen und erhöht dadurch die Gelegenheit der Infektion. -- Vakzination in der Inkubationszeit der Pocken hat noch großen Erfolg, wenn es zur entzündlichen Reaktion der Impfstelle, der Areole, kommt. 2—3 Tage nach der Ansteckung bewirkt die Impfung noch Verhütung des Ausbruches; bis zum 7. Tage mildert sie die Krankheit; nach dem 7. Tage vermehrt sie die Beschwerden der Pockenkrankheit. Marson hat die Geimpften nach der Zahl der Impfnarben geordnet und folgendes gefunden: Es starben an früher Geimpften an Blattern mit einer Narbe 7,75 %,

mit zwei Narben 4,70 %, mit drei Narben 1,95 %, mit vier Narben 0,55 %, von angeblich Geimpften, aber ohne Narbe 23,57 %. Auch die Größe der Narbe macht Einfluß auf den Schutz (Referent darf hier die wiederholten Mahnungen des früheren bayerischen Zentralimpfarztes Med.-Rat Dr. Stumpf erwähnen, die dahin gingen, daß die Impfärzte auch wirkliche Durchimpfungen erzielen und sich namentlich von dem Geschrei der Jmpfgegner nicht einschüchtern lassen sollen). Dr. Graßl-Kempten.

Die Impfung in England; die zunehmende Vernachlässigung der Impfung in der neueren Gesetzgebung. Von W. Mc. C. Wanklyn, ass. med. off. of health, London County Council. Nach einem Vortrag im englischen Medizinalbeamtenverein. Public health; XXVII, Nr. 3, Dezember 1913.

Der Vorsitzende des englischen Medizinalbeamtenvereins, Dr. Chalmers, hatte den Autor und Dr. Hanna mit der Eröffnung der Diskussion über die Abnahme der Impfungen in England mit Rücksicht darauf beauftragt, daß infolge des stetigen Sinkens der Zahl der Impfungen die Gefahren einer Pockenepidemie mit all ihrem Elend näher und näher rücke. Der Autor gibt nun eine eingehende Darlegung sämtlicher auf dem Gebiete des Impfwesens seit Jenner durchgeführten gesetzgeberischen Maßnahmen. Das erste Impfgesetz stammt aus 1840; Mittel wurden aus öffentlichen Kosten bereitgestellt, die Impfung aber war freiwillig. 1853 wurde die Zwangsimpfung eingeführt und die Aufsicht den Armenbehörden auferlegt; zuwiderhandelnde wurden bestraft. 1867 erfolgte eine zusammenfassende Kodifizierung der Eltern erlassenen Impfgesetze; es wurden Impfbezirke geschaffen, Verträge mit den Aerzten zur Ausführung der Impfung geschlossen. Die Ergebnisse des Gesetzes von 1867 wurden durch einen gewählten Ausschuß geprüft, der 1871 zu einem neuen Gesetz Veranlassung gab, nach dem das Local Government Board zu Ausführungsbestimmungen ermächtigt wurde und Impfbeamte zur Anstellung gelangen sollten, die vorher nur fakultativ vorgesehen waren. Da nur dann eine Strafe über säumige Eltern verhängt werden konnte, wenn der Board of Guardians damit einverstanden war, suchten die Impfgegner in diesen möglichst viele ihrer Freunde hineinzuwählen, um auf diese Weise das Impfgesetz lahm zu legen. Es gelang ihnen ferner, 1889 einen Königlichen Ausschuß von der Regierung zu erlangen, der die Wirkung der Impfgesetze zu prüfen hatte. Die Regierung hatte an der Wirksamkeit der Impfung nicht den geringsten Zweifel, mußte sich aber der öffentlichen Meinung fügen. Der Vertreter der Impfgegner führte aus, daß am meisten die Arbeiter vom Impfgesetz zu leiden hätten, weil sie mit jedem Impfarzt zufrieden sein müßten, den die Distriktsbehörde ernenne, weil Zeit und Ort der Impfung nicht in ihrem freien Belieben stehe und weil nicht die genügende Sorgfalt bei der Impfung angewandt werde. Insbesondere werde der Gesundheitszustand der Kinder nicht ausreichend berücksichtigt; auch sei eine Strafe von 15 s oder 1 £ für einen Arbeiter zu hoch. Der Ausschuß arbeitete 7 Jahre. 1898 wurde dann die Gewissensklausel eingeführt.[1]) Jeder Vater konnte zu einer Behörde gehen und ein Zeugnis erhalten, daß er nach seinem Gewissen gegen die Impfung deswegen Einspruch erhebe, weil sie der Gesundheit des Kindes schädlich sei. Zum zweiten Male konnte zudem niemand gestraft werden, wenn er die Impfung ein und desselben Kindes unterlassen habe. Lord Lister nannte im House of Lords dieses Gesetz „ein entsetzliches Experiment“. Trotzdem wurde es von Jahr zu Jahr erneuert. 1907 wurde es dahin erweitert, daß der Vater seinen Einwand gegen die Impfung in bestimmt vorgeschriebener Form dem Impfbeamten binnen 7 Tagen nach der Aufforderung sogar schriftlich einzusenden berechtigt sei.

Aus der sich an diesem Vortrag anschließenden interessanten Diskussion sei folgendes erwähnt:

Dr. W. Hanna-Liverpool: Alljährlich werden in England und Wales infolge der Gewissensklausel 36 % der Kinder, also etwa 200—300000 nicht geimpft. Oertliche Schwankungen kommen vor; in manchen Gegenden wird die Impfung bei 70—80 % unterlassen. Auch in den bestgeimpften Städten und

[1]) Vergl. Abel: Ueber Impfpflicht und Pockenschutz. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1911, 41. Bd., 1. Suppl., S. 88.

Grafschaften gehe die Zahl unaufhaltsam zurück. Die Sache sei übrigens noch schlimmer, als man glaube. Die Schulärzte in Liverpool hätten bei ihren über 12 Monate ausgedehnten Untersuchungen gefunden, daß auch viele der Kinder, die Zeugnisse über erfolgreiche Impfung vorgelegt hätten, keine Impfnarben aufweisen. Trotz dieser ungünstigen Verhältnisse sei keine Aussicht vorhanden, daß die Aufhebung der Gewissensklausel von dem Parlament angenommen werde. An die Hafengesundheitsbehörden müßten deshalb mit Rücksicht auf das epidemische Auftreten der Pocken im Ausland große Ansprüche in bezug auf Wirksamkeit der Kontrolle gestellt werden. Das Handelsamt sollte für ausreichende Isolierräume auf den Schiffen und für wirksame Lymphe sorgen. Das Schiffspersonal sollte vor der Abfahrt geimpft werden. Jüngere Aerzte müßten in der Pockendiagnose ausgebildet werden. Während es in London nicht gestattet werde, ein Schiff mit Pockenkranken im Hafen zurückzubehalten, Isolierung, Desinfektion und Ermittelung der Kontakte durchzuführen, sei Liverpool hierin energischer vorgegangen; die Angabe falscher Namen und Adressen werde hier bestraft. Varizellen sollten bei Drohen einer Pockenepidemie anzeigepflichtig gemacht werden, damit manche sonst übersehenen Pockenfälle zur amtlichen Kenntnis kommen.

Dr. E. W. Goodall wendet sich gegen die Ansicht, daß das Fehlen der Pockenepidemien in England den sanitären Bestrebungen und nicht der Impfung zuzuschreiben sei. Kontakte würden übrigens zurzeit so sorgfältig ermittelt und verfolgt, wie man vor 20—30 Jahren es nicht für möglich gehalten habe. In bezug auf die Ansteckungsfähigkeit seien Masern und Pocken gleich. Was habe nun die Hygiene für Masern getan? Wenig, wenn nicht gar nichts. Ohne Impfung würden die Pocken auch in England ebenso gehäuft auftreten, wie es die Masern tun. Wie andere epidemische Krankheiten schwanken auch die Pocken in bezug auf ihre Virulenz. Sie seien in jüngster Zeit auffällig mild in Australien, in den Vereinigten Staaten, in Südafrika, in Westindien aufgetreten. Hier würde sogar eine amtliche Untersuchung darüber eingeleitet, ob die Epidemie Pocken sei oder nicht. Die Annahme, daß die Krankheit in dieser milden Form noch eine längere Zeit hindurch auftreten werde, widerspreche allen Lehren der Geschichte. Varizellen sollten, wie Hanna meine, wirklich ohne Rücksicht auf die Kosten, aber auch ohne Rücksicht auf drohende Epidemien von Pocken anzeigepflichtig gemacht werden.

Dr. Baile Collins berichtet über seinen Kampf mit den Impfgegnern und über die Bemerkung von Bernard Star, daß die Impfungen bald ein Ende nehmen würden, wenn sie nicht mehr von den Aerzten gegen Bezahlung der Einzelleistung, sondern von den Amtsärzten als Dienstpflicht ausgeführt werden würden. Er empfiehlt deshalb den Amtsärzten, die Impfung unentgeltlich auszuführen, sowie in öffentlichen Versammlungen Projektionsvorträge über angebliche Impfschädigungen und tatsächliche Wirksamkeit der Impfung zu halten. Uebrigens verschwänden Impfnarben bei vielen Leuten; dadurch erkläre sich der milde Verlauf der Pocken bei manchen scheinbar ungeimpften Personen.

Dr. T. W. N. Barlow-Wallasey bedauert, daß die Impfung nicht vom Gesundheitsamt, sondern vom Board of Guardians durchzuführen sei, einer Behörde, die mit Krankheitsvorbeugung gar nichts zu tun habe. Er berichtet über seine Erfolge mit Rundschreiben an die Aerzte seines Bezirks, in denen er den Praktikern von bereits ermittelten Einzelfällen von Pocken Mitteilung mache. Die Aerzte würden so eher auf die Krankheit aufmerksam, stellten die Diagnose leichter und würden vor verhängnisvollen Verwechselungen behütet.

Sir Shirley F. Murphy: Dr. Chapin beschreibe eine sehr milde Pockenepidemie in den amerikanischen Südstaaten mit nur $\frac{1}{2}$% Sterblichkeit, die aber trotzdem zu einer ausgebreiteten Morbidität geführt habe. Wenn auch die milde Form zur Zeit häufiger sei, seien wir vor der alten, schweren Form nicht sicher, wie das Auftreten der haemorrhagischen Variola im letzten Balkankrieg zeige. Die englische Bevölkerung habe übrigens die Impfung nicht verlassen, sondern sie für die Epidemiezeiten aufgespart. Das könne verhängnisvoll sein. Allerdings sei Impfung und Wiederimpfung in Deutschland obligatorisch. Was in Deutschland möglich sei, könne in England vielleicht weniger möglich

sein; auf jeden Fall sei die Impfung unbedingt zu fördern. Verwaltungsmaßnahmen könnten die Vernachlässigung der Impfung nicht ersetzen.

Dr. Wilshar-Worthnig berichtet über eine Pockenepidemie mit 20—30 Fällen, die nach Ankunft eines pockenkranken Matrosen in Newhaven sich entwickelte.

Dr. Robinson-Combridgeshire: In einem ländlichen Bezirk sei die Zahl der ungeimpften Schulrekruten in 3—4 Jahren von 7 auf 20 % gestiegen. Die Isolierung der Pockenkranken auf dem Lande sei unzureichend, die Verwendung von Pockenspitälern als Heilstätten für Tuberkulöse daher zu verwerfen.

A. K. Chalmers, Vorsitzender der society of med. officers of health: Die schnelle Zunahme der Zahl der ungeimpften Kinder gebe einen ernsten Grund zur Sorge. In seinem Bezirk Glasgow sei infolge der schlaffen Handhabung des Impfgesetzes in wenigen Jahren die Zahl der geimpften Kinder von 84 auf 60 % gefallen. Mit der Zunahme der Ungeimpften wachse gleichzeitig die Möglichkeit der Verbreitung der Pocken durch den erleichterten Verkehr. So sei im Vorjahre durch den Verkehr in Montreal, wo die Pocken herrschen, die Zahl der zu kontrollierenden Kontakte auf 400 angewachsen. Es sei zu bedauern, daß die Pocken nicht unter die Cholera and Plagne Order fallen; Kontakte dürften landen, ohne ihre Adressen anzugeben. Er halte die Anzeigepflicht von Varizellen nicht für einen guten Gedanken, da sie nur dann einen Wert habe, wenn die Diagnose amtlich bestätigt würde; damit gehe aber viel Zeit verloren. Er schlage zur Impffrage folgende Resolution vor:

„Der Verein verfolgt mit Sorge die zunehmende Vernachlässigung der Säuglingsimpfung, wie sie sich in den letzten Jahren herausgestellt hat, und die dadurch bedingte Vergrößerung der Gefahr weit ausgebreiteter Pockenepidemien. Diese Vernachlässigung läßt sich durch verbesserte sanitäre Verhältnisse nicht ausgleichen. Das Local Government Board sollte die Sachlage untersuchen und ein Gesetz in die Wege leiten, durch das den Gesundheitsbehörden die Verantwortlichkeit für Vornahme der öffentlichen Impfungen übertragen wird.

Das Impfgesetz ist dahin zu ändern, daß es ausreichende Impfung des Publikums verbürgt."

Dr. Wanklyn (Schlußwort): Neben den in der Diskussion erwähnten milden Pockenepidemien sind auch solche mit hoher Sterblichkeit und ernstester Form in Triest und Fiume aufgetreten.

Dr. Hanna: Die in Liverpool beobachteten Formen in den letzten Jahren waren, soweit sie aus Amerika stammten, mild; soweit sie aus Spanien, dem östlichen Mittelmeer und Indien kamen, schwer. Ein leichter Fall wurde mit Malaria und Akne, ein schwerer mit Syphilis verwechselt; beide gaben zu neuen Fällen Anlaß.

Zum Schluß wurde die von Chalmers beantragte Resolution dem Vorstand zu weiterer Veranlassung und zum Berichte übergeben.

Dr. Mayer-Simmern.

---

2. Diphtherie.

Durch den Diphtheriebacillus hervorgerufene blenorrhoische Prozesse, speziell in der kindlichen Vagina. Von Dr. Erwin Kobsak, Berliner med. Klinik; 1914, Nr. 10.

Das bekannte Bild der Diphtherie mit den fibrinösen Belägen ist nicht immer deutlich ausgesprochen; neben und ohne Membranen kommen eitrige blenorrhoische Absonderungen vor, z. B bei diphtherischer Erkrankung der Nasenschleimhaut und der Konjunktiven. Blenorrhoen ohne Störung des Allgemeinbefindens können das einzige Symptom weiblicher Genitaldiphtherie sein, wie die geschilderten 2 Fälle (9jähr. Mädchen) beweisen, bei denen keine Hals-Nasendiphtherie voraufgegangen war. Klinisch bestand schmerzhafter, eitriger Ausfluß, wie bei typischer Gonorrhoe, Schwellung und blaurote Färbung des Hymens und der Scheidewand. Gonokokken fehlten im Sekret, kulturell fanden sich Diphtheriebazillen. Injektion von 2000 I. E., Kamillensitzbäder und Sublimatspülung brachten die Erkrankung in 10 Tagen zur Heilung. Bei der Wichtigkeit für Therapie und Prophylaxe sollte immer, wenn bei kindlicher Scheidenblenorrhoe Gonokokken fehlen, der kulturelle Diphtheriebazillen-Nachweis versucht werden. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Ueber die Prophylaxe der Diphtherie nach v. Behring. Von Dozent Dr. J. Bauer. Deutsche med. Wochenschrift; 1914, Nr. 12.

Verfasser hat das neue v. Behringsche Mittel zur aktiven Immunisierung gegen Diphtherie an der akademischen Klinik für Kinderheilkunde in Düsseldorf einer eingehenden Untersuchung unterzogen. Das Ergebnis dieser Untersuchungen läßt sich dahin zusammenfassen, daß es mit dem v. Behringschen Mittel gelingt, einen zum Teil recht erheblichen Antitoxingehalt bei den behandelten Personen hervorzurufen und diese Personen damit in sehr wirksamer Weise gegen eine Diphtherieinfektion zu schützen, obwohl sie dauernd einer erheblichen Infektionsgefahr ausgesetzt waren. Auch Diphtheriekeimträger werden nach den Erfahrungen des Verfassers durch Anwendung des Vakzins vor der Gefahr einer Diphtherieerkrankung geschützt; von ihren Bazillen wurden die Bazillenträger jedoch in keinem Falle, auch wenn der Antitoxingehalt des Blutes ganz beträchtlich wurde, befreit. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Tagesnachrichten.

Der zum ordentlichen Professor der Hygiene in Jena ernannte Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. **Abel**, vortragender Rat im preußischen Ministerium des Innern, ist zum Hygieniker für die Ostarmee ernannt und wird sein neues Amt erst am 1. April 1915 antreten.

Die für dieses Jahr angeordnete **amtliche Versammlung der preußischen Medizinalbeamten** ist, da sehr viele Medizinalbeamten zur Fahne einberufen sind, durch Min.-Erlaß vom 12. September d. J. bis auf nächstes Jahr verschoben.

Die diesjährige Versammlung des **Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege** fällt aus, desgleichen die **Versammlung Deutscher Polizeiärzte** sowie der **internationale Kongreß für Gewerbehygiene** in Wien.

An der neuen **Universität zu Frankfurt a. M.** werden, wie ursprünglich beabsichtigt war, die Vorlesungen mit Beginn des Winterhalbjahres abgehalten, jedoch in bescheidenerem Umfange, als geplant war. Die Universitätssatzungen haben unter dem Datum 1. August d. J. die Genehmigung des Königs erhalten; zum ersten Rektor der Universität ist der derzeitige Rektor der Akademie, Prof. Dr. Wachsmuth, ernannt worden.

Todesfall. Am 24. v. Mts. ist der Geh. Rat Prof. Dr. **Grashey** in München im Alter von 75 Jahren gestorben. Er war zunächst Professor der Psychiatrie an der Universität in München, wurde dann als Leiter des Medizinalwesens ins Ministerium des Innern berufen und zum Ministerialrat ernannt. In dieser mit dem Vorsitz im Obermedizinalausschuß verbundenen Stellung hat er sich große Verdienste um die Entwicklung des bayerischen Medizinalwesens erworben. Ehre seinem Andenken!

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 2. bis 22. August 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rotz, Rückfallfieber, Aussatz, Tollwut, Fleckfieber: — (—), — (—), — (—); Pocken: — (—), — (—), 1 (—); Milzbrand: 5 (2), 6 (—), 3 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: — (—), 1 (—), 4 (—); Unterleibstyphus: 277 (21), 335 (83), 344 (35); Ruhr: 12 (4), 44 (2), 28 (5); Diphtherie: 792 (47), 1035 (60), 1048, (60); Scharlach: 888 (24), 1081 (56), 1132 (65); Kindbettfieber: 63 (17), 73 (23), 66 (16); Genickstarre: 1 (1), 5 (3), 2 (—); spinaler Kinderlähmung: 1 (1), 4 (1), 3 (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 1 (—), 1 (—), — (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 49, 47, 46; Tuberkulose (gestorben): 449, 540, 595.

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 19. Ausgegeben am 5. Oktober 1914.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 19.

INHALT.

Personalien.[1])

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Geh. San.-Rat Dr. Bonnekamp in Düsseldorf; — die Rote Kreuz-Medaille III. Kl.: dem Stabsarzt der Res. Dr. Everts, Oberarzt am städtischen Krankenhause in Solingen.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Offizierkreuzes des Königl. Rumänischen Ordens „Stein von Rumänien“: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Herbst in Straßburg i. Els.; der V. Klasse des Chinesischen Chia-ho-Ordens: dem Marineoberstabsarzt Dr. Fischer und dem Marinestabsarzt Dr. Tietmeyer.

Ernannt: Zu ordentlichen Professoren in der medizinischen Fakultät in Frankfurt a. M.: Prof. Dr. L. Edinger, Wirkl. Geh.-Rat Prof. Dr. Ehrlich, Prof. Dr. G. Embden, Prof. Dr. Bernhard Fischer, Prof. Dr. Herxheimer, Prof. Dr. Max Neisser, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rehn, Prof. Dr. Schwenkenbecher, Augenarzt Dr. O. Schnaudigel, Prof. Dr. Sioli, Geh. San.-Rat Prof. Dr. Spiess, Prof. Dr. Strassburger, Prof. Dr. Voss, Prof. Dr. Waldhard, sämtlich in Frankfurt a. M., sowie a. o. Prof. Dr. Göppert in Marburg.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Liedke in Gerdauen in gleicher Eigenschaft nach Wohlau, Prof. Dr. Schieck in Königsberg i. P. nach Halle a. S. und Prof. Dr. A. Ellinger in Königsberg i. Pr. nach Frankfurt a. M.

In den Ruhestand getreten: Geh. Med.-Rat Dr. Tuczeck, Direktor der Landesheilanstalt in Marburg, Med.-Rat Dr. Mühlenbach, Kreisarzt in Wohlau.

Gestorben: die Kreisärzte und Geh. Med.-Räte Dr. Többen in Recklinghausen und Dr. Finger in Münsterberg, Geh. Med.-Rat Dr. Dahlmann in Magdeburg, Geh. San.-Rat Dr. Herrnstadt in Lissa (Posen), Dr. Jeremias in Posen, Dr. v. Bernstorff in Zerpenschleuse (Reg.-Bez. Potsdam), Dr Altenburg in Bebra; Privatdozent Dr. Hallervorden in Königsberg i. Pr.

Königreich Bayern.

In den Ruhestand getreten: Bezirksarzt Dr. Eder in Grafenau.

Gestorben: Bezirksarzt Dr. Schmitt in Füßen, Dr. Heinrich Einhorn in München, Dr. Martin Struntz in Nürnberg, Hofrat Dr. Reh in Oberstdorf.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Dienstehrenzeichen I. Kl.: dem Generaloberarzt a. D. Dr. Ramsperger in Weingarten.

---

[1]) Auszeichnungen an die im Felde stehenden Aerzte sowie die Namen der fürs Vaterland gestorbenen Aerzte werden von jetzt ab stets am Schluß der Hauptnummer unter „Tagesnachrichten“ und nicht nach Bundesstaaten getrennt mitgeteilt.

27. Jahrg. **Zeitschrift** 1914.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 19.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Okt.

Typhusbazillenträger und Meldepflicht.

Von Dr. v. Hövell, Assistent an dem Königlichen Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten in Saarbrücken.

Einige besondere Erkrankungsfälle von Typhusbazillenträgern, die in der letzten Zeit in dem Kgl. Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten zu Saarbrücken zur Beobachtung gekommen waren, haben Veranlassung gegeben, die Frage der Meldepflicht der Typhusbazillenträger in einem Referate auf der am 9. Mai dieses Jahres in Landau abgehaltenen Versammlung der Mitglieder der bakteriologischen Untersuchungsanstalten zu behandeln, weil es sich anläßlich dieser Erkrankungen gezeigt hatte, daß über die Meldepflicht solcher Bazillenträger in ärztlichen Kreisen keine einheitliche Auffassung besteht.

Auf der neunten Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins im vorigen Jahre in Breslau, am zweiten Verhandlungstage, an dem der gesetzliche Seuchenschutz als Hauptthema auf der Tagesordnung stand, wurde bei Besprechung der allgemeinen und besonderen Maßnahmen gegen die Bazillenträger deren Anzeigepflicht keine Erwähnung getan, und auch auf der am 24. Januar dieses Jahres in Saarbrücken



abgehaltenen Versammlung der Leiter der bakteriologischen Untersuchungsanstalten wurde bei der eingehenden Besprechung der ganzen Frage der Typhusbazillenträger deren Anzeigepflicht nicht berührt. In der Tat finden sich auch weder in dem Text des Reichsseuchengesetzes vom 30. Juni 1900 noch in dem des preußischen Seuchengesetzes vom 28. August 1905 und den erlassenen Ausführungsbestimmungen und Anweisungen ausdrückliche Bestimmungen über eine solche Anzeigepflicht. Die Ausführungen beider Gesetze, die sich auf die Bazillenträger beziehen, befassen sich lediglich mit den den Trägern gegenüber zu treffenden Schutzmaßregeln. So sagt z. B. die Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Cholera:

„Anscheinend gesunde Personen, in deren Ausleerungen bei der bakteriologischen Untersuchung Choleraerreger gefunden werden, sind wie Kranke zu behandeln."

Aus diesem Satze kann man aber noch nicht ohne weiteres eine Anzeigepflicht herleiten, da unter der Behandlung der Kranken zunächst nur die Beobachtung, Absonderung, kurz, also die erforderlichen Schutzmaßregeln gemeint sind. Man müßte sonst mit demselben Rechte aus den Maßregeln, die § 8 Absatz 13 des preußischen Seuchengesetzes gegenüber Verdachtsfällen von Kindbettfieber, Rückfallfieber, Typhus und Rotz vorschreibt, für Verdachtsfälle dieser 4 Krankheiten eine Meldepflicht folgern, die aber in Preußen zur Zeit nicht besteht, wenn sie auch besonders für den Typhusverdacht lebhaft angestrebt wird.

Aus dem Wortlaut der Seuchengesetze allein läßt sich sonach eine Anzeigepflicht für Bazillenträger nicht herleiten.

Wenn wir uns nun nachstehend nur mit den Typhusbazillenträgern beschäftigen, so wird deren Meldepflicht, ebenso wie ihre sanitätspolizeiliche Behandlung davon abhängig zu machen sein, ob sie als Kranke im Sinne des Gesetzes aufzufassen sind. Hierbei muß man zwei Gruppen von Bazillenträgern unterscheiden: Einmal die einfachen, anscheinend gesunden Bazillenträger und zweitens solche Bazillenträger, die infolge ihres Bazillenträgertums an einer durch den Typhusbazillus verursachten Folgekrankheit leiden.

Was zunächst die Fälle anbelangt, die uns Veranlassung gegeben haben, der Frage der Anzeigepflicht bei Typhusbazillenträgern näher zu treten, so lagen die Verhältnisse hier folgendermaßen:

Der erste Fall betraf eine Patientin, die mit schweren ikterischen Erscheinungen und leichtem Fieberanstieg erkrankte. Die Temperatur fiel nach einigen Tagen ab, der Ikterus aber blieb und der Allgemeinzustand der Frau verschlechterte sich. Die Patientin wurde, nachdem wir in ihrem Stuhl Typhusbazillen nachgewiesen hatten, ins Krankenhaus aufgenommen, wo die Cholezystektomie ausgeführt wurde. In der Galle fanden sich ebenfalls Typhusbazillen in Reinkultur. Der Widal war $^1/_{20}$ negativ, $^1/_{50}$ schwach, $^1/_{100}$ stark positiv. Ueber eine frühere

Typhuserkrankung der Patientin ließ sich anamnestisch nichts feststellen. In ähnlicher Weise war in dem zweiten Fall eine Frau unter den Erscheinungen eines Ikterus und vorübergehender leichter Temperaturerhöhung erkrankt. Der Widal war in diesem Falle $^{1}/_{100}$ positiv. Wie die Anamnese ergab, hatte die Frau bereits im Jahre 1900 einen Typhus durchgemacht.

Wenn diese beiden Fälle auch nicht unter den typischen klinischen Erscheinungen des Typhus verlaufen sind und auch als nicht frische Typhusinfektionen, sondern wohl als typhöse Sekundärerkrankungen infolge eines bestehenden Bazillenträgertums aufzufassen sind, so dürfte jedoch das Vorliegen der Meldepflicht bei ihnen kaum fraglich sein. Immerhin hatte es sich hier schon in dem einen Falle gezeigt, daß, wenn auch die Meldung sofort nach Feststellung des positiven Bazillenbefundes erfolgte, über die Meldepflicht solcher Erkrankungen Zweifel bestanden.

Bei einem dritten Falle handelte es sich um eine Patientin, die seit 2 Jahren an rezidivierenden Gallensteinbeschwerden litt und aus diesem Grunde jetzt operiert worden war. In der Gallenblase befanden sich 10 Steine. Die in rein klinischem Interesse vorgenommene bakteriologische Untersuchung der Galle ergab Typhusbazillen in Reinkultur. Erst jetzt gab Patientin auf eindringliches Befragen zu, vor 23 Jahren einen Typhus durchgemacht zu haben. Der Widal wie die Ergebnisse der Stuhluntersuchungen auf Typhusbazillen waren negativ. Auch hier wurden Zweifel geäußert, ob der Fall auf Grund des nach der Operation erhobenen Befundes von Typhusbazillen in der Galle meldepflichtig sei. Während bei den beiden ersterwähnten Patientinnen, bei denen eine Allgemeininfektion mit Temperaturerhöhung, positivem Widal und Bazillenbefund in der Galle und im Stuhl vorlag, die Meldepflicht, wie erwähnt, kaum in Frage gezogen werden dürfte, weil diese Erkrankungen trotz des atypischen Verlaufs doch wohl als Typhusinfektionen aufzufassen sind, liegen bei dem dritten Falle die Verhältnisse insofern etwas anders, als es sich hier nur um eine infolge Bazillenträgertums der Frau eingetretene, durch den Typhusbazillus hervorgerufene lokale Erkrankung der Gallenwege handelte. Es könnte zunächst fraglich erscheinen, ob eine solche Erkrankung rechtlich als eigentlicher Typhus oder nur als Folgekrankheit des Bazillenträgertums, das an sich keine Krankheit darstellt, anzusehen ist. Vom Standpunkt des Mediziners muß man natürlich solche Folgekrankheiten des Bazillenträgertums einer Typhuserkrankung gleichstellen, da man nach dem heutigen Standpunkte der medizinischen Wissenschaft weiß, daß gar nicht so selten durch den Typhusbazillus Gallensteinleiden hervorgerufen werden. Der Rechtsbegriff des Typhus soll nach einem Urteil des Kgl. Kammergerichts zu Berlin vom 6. Juni 1912 nicht von der etwaigen späteren Auffassung der medizinischen Wissenschaft, sondern aus dem Wortlaute, Sinne und Zusammenhang des Gesetzes und dem Willen des Gesetzgebers bestimmt werden; er würde demnach von der heutigen medi-

zinischen Auffassung unabhängig sein. Anderseits aber stellt das angezogene Urteil ausdrücklich den Sinn des Gesetzes und den Willen des Gesetzgebers in den Vordergrund; dieser war aber der, die Uebertragung der ansteckenden Krankheiten zu verhüten. Da nun solche Erkrankungen der Bazillenträger, wenn sie auch nicht dem typischen Bilde des Typhus entsprechen, sowohl hinsichtlich der Ansteckungsmöglichkeit, als hinsichtlich ihrer Gefährlichkeit für die Uebertragung und Verbreitung der Krankheit den Typhuserkrankungen gleichzustellen sind, so müssen sie auch dem Typhusbegriff im Sinne des Gesetzes vom 28. August 1905 eingereiht und als der Meldepflicht unterworfen betrachtet werden.

Was nun die Meldepflicht der anderen Gruppe von Bazillenträger anlangt, die, obwohl anscheinend gesund, Typhusbazillen in sich beherbergen und ausscheiden, so wird auch hier die Frage zu entscheiden sein, ob man sie ebenfalls als Kranke im Sinne des Gesetzes anzusehen hat. Als Mediziner wird man natürlich auch solche Träger als Kranke bezeichnen. Ich möchte hierzu einen naheliegenden medizinischen Vergleich anführen. Ebenso, wie ein Luetiker, der seinen Primäraffekt und seine Sekundär-Erscheinungen durchgemacht hat und einer spezifischen Kur unterworfen wurde, die ihn zwar von seinen klinischen Krankheitserscheinungen, nicht aber von den Spirochaeten und einen positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion befreit hat, nach Jahren der Latenz an tertiärluetischen Erscheinungen erkrankt, so schwinden auch bei dem Typhuskranken, der später Bazillenträger wird, die klinischen Erscheinungen; er behält aber seine Bazillen in sich und kann nach längerem oder kürzerem Stadium der Latenz durch diese Bazillen wieder erkranken. Der anscheinend gesunde Bazillenträger leidet im medizinischen Sinne an einem latenten Typhus. Ob aber diese im Stadium der Latenz befindlichen Bazillenträger rechtlich überhaupt als Kranke anzusehen sein würden, könnte aus dem Grunde zweifelhaft erscheinen, weil ihr Zustand nicht dem von den Gerichten als Krankheit aufgestellten Begriff: „Störung des Gesundheitszustandes, die ärztliche Behandlung, Arznei oder Heilmittel erfordert“, entspricht. Ein solcher Zustand liegt jedoch bei den einfachen Bazillenträgerfällen nicht vor. Gesund sind diese Bazillenträger aber auch nicht; denn in den Ausführungsbestimmungen werden sie ausdrücklich als anscheinend gesund bezeichnet. Es würde also hier ein Mittelding zwischen Gesundheit und einer durch Typhusbazillen bedingten Krankheit vorliegen. Ein solches Mittelding aber kennt das Gesetz nicht, sondern es kennt nur „Ansteckungsverdächtige, Krankheitsverdächtige und Kranke“. Wie Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner in seiner Festschrift „Die gesetzlichen Grundlagen der Seuchenbekämpfung“ ausführt, sind die anscheinend gesunden Bazillenträger „ansteckungsverdächtig zweifellos nicht, denn es besteht ja bei ihnen nicht der Verdacht, sondern die

Gewißheit, daß sie die Krankheitskeime aufgenommen haben. Sie sind daher auch nicht krankheitsverdächtig, sondern krank im Sinne des Gesetzes“. Auch die Begründung zu dem Gesetzentwurf von 1905 macht keinen Unterschied zwischen den Leichtkranken, den ambulanten Typhen und den Bazillenträgern, indem sie wörtlich ausführt: „Die Leichtkranken, sogenannte Bazillenträger, können die Typhusbazillen viel leichter verbreiten als Kranke.“ Aus diesen Worten der Begründung zum Entwurf des Gesetzes ist jedenfalls zu folgern, daß der Gesetzgeber die Träger tatsächlich in die der Anzeigepflicht unterliegenden Krankheitsfälle eingereiht wissen wollte. Der Wille des Gesetzgebers soll aber in erster Linie maßgebend sein. Es ergibt sich somit auch für diese Gruppe von Bazillenträgern der Schluß, daß sie der Anzeigepflicht unterliegen. Die Annahme, daß die Anzeigepflicht der Bazillenträger etwa aus dem Grunde praktisch nicht so sehr in Betracht komme, weil die Ermittelung der Träger hauptsächlich bei den vom Kreisarzt angeordneten Umgebungsuntersuchungen und den systematischen Durchuntersuchungen von Ortschaften, also durch beamtete Aerzte erfolge, und eine Anzeige deshalb nicht erforderlich sei, da die Träger in diesen Fällen der Gesundheitspolizei unmittelbar bekannt werden, ist sicher nicht berechtigt. Es ist sehr wohl möglich — bei den nach Gallenblasenoperationen erhobenen Befunden kann dies sogar verhältnismäßig häufig der Fall sein —, daß ein Arzt durch eine in rein klinischem Interesse veranlaßte bakteriologische Untersuchung von der Eigenschaft eines Patienten, Bazillenträger zu sein, Kenntnis erhält. Wenn nun eine solche bakteriologische Untersuchung von einer nicht amtlichen, nicht im Dienste der Seuchenbekämpfung stehenden Untersuchungsstelle ausgeführt worden ist, so könnte es ohne Meldepflicht leicht vorkommen, daß ein auf diese Weise erkannter Bazillenträger der zuständigen Behörde verborgen bleibt. Diese Möglichkeit bedeutet eine nicht zu gering zu schätzende Gefahr und macht es unmöglich, das zu erreichen, was nach den im Typhusbekämpfungsgebiet gewonnenen Erfahrungen über die ausschlaggebende Bedeutung der Bazillenträger für das Fortbestehen des Typhus zur Durchführung eines erfolgreichen Kampfes gegen diese Krankheit in erster Linie zu erstreben ist, nämlich die lückenlose Ermittelung aller Bazillenträger.

„Arsa-Lecin“ nur Heilmittel.

Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen vom 8. Juli 1914.

Vom Herausgeber.

In der letzten Nummer des vorigen Jahrganges ist von dem Herausgeber dieser Zeitschrift die Anfrage, ob Arsa-Lecin als „Nähr- und Kräftigungsmittel“ dem freien Verkehr überlassen sei, im Sprechsaal mit „Ja“ beantwortet. Diese Beantwortung und eine in Nr. 3 dieses Jahrganges gegenüber der Apothekerzeitung, die den entgegengesetzten Standpunkt ver-

trat, ausgeführte kurze Begründung hat dem Vorstand des Deutschen Apothekervereins Veranlassung gegeben, die strittige Frage dem Herrn Medizinalminister zur Entscheidung vorzulegen, der infolgedessen ein Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen eingezogen hat, das nunmehr in Nr. 37 d. J. des Ministerialblattes für Medizinalangelegenheiten veröffentlicht ist und folgenden Wortlaut hat:

„In Nr. 24 der Zeitschrift für Medizinalbeamte von 1913 war die Anfrage eines Kreisarztes, ob „Arsa-Lecin“ als Nähr- und Kräftigungsmittel dem freien Verkehr überlassen sei, mit „Ja“ beantwortet worden. Die Redaktion fügt hinzu: „Da es aber Arsen enthält, bedarf der betreffende Geschäftsinhaber der Genehmigung zum Gifthandel.“ In Nr. 3 des Jahrganges 1914 vertrat dieselbe Redaktion die Auffassung, der Kräftigungszweck sei ein „wirtschaftlicher Zweck“ und ein Arsen enthaltendes Kräftigungsmittel könne daher von jedem Nichtapotheker, der die Giftkonzession besitzt, abgegeben werden. Der Vorstand des Deutschen Apothekervereins hält diese Auskunft für unrichtig und vertritt die Ansicht, daß Nähr- und Kräftigungsmittel nicht unter die Giftverordnung fallen. Auf sie sei vielmehr nur die Kaiserliche Verordnung, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln, und die Verordnung über die stark wirkenden Arzneimittel anzuwenden. Das „Arsa-Lecin“ enthalte Arsen und sei ein typisches Heilmittel. Es sei somit dem freien Verkehr entzogen und unterliege dem Rezeptzwange.

Gutachten.

„Arsa-Lecin“ wird von dem Lecin-Werk Dr. E. Laves in Hannover hergestellt und in Flaschen von 400 g Inhalt in den Handel gebracht. Es stellt eine Flüssigkeit dar, die Hühnereiweiß, kolloidales Eisenhydroxyd-Natriumsaccharat, Salze der Glyzerinphosphorsäure und Pyrophosphorsäure und Arsenik gelöst enthält. Die Flasche befindet sich in einer Umhüllung, auf der sich unter anderen folgende für die Beurteilung wesentliche Angaben finden: „Fe_2O_3 : 0,9 %, P_2O_5 : 0,06 %, As_2O_3 : 0,01 %. Auf ärztliche Verordnung 1 bis 2 Teelöffel voll zu nehmen. In Apotheken erhältlich.“ Ferner in französischer Sprache: „Gegen die Nervosität und Appetitlosigkeit chlorotischer Erwachsener.“ In englischer Sprache: „Bildet Blut, stärkt die Nerven, reizt den Appetit.“ Auf der Flasche selbst findet sich im wesentlichen folgende Aufschrift: „Wohlschmeckende Lösung von Phosphat-Eiweiß-Eisen mit Glyzerinphosphorsäure und 0,01 % As_2O_3. Dosis 1—2 Teelöffel voll 3 mal täglich. Nur auf ärztliche Verordnung.“

Die in der Flasche enthaltene braune, gewürzhaft riechende und schmeckende Flüssigkeit enthält nach einer im Pharmakologischen Institut vorgenommenen Bestimmung etwa 1,5 % Eiweiß. Aus der vorstehend angeführten Zusammensetzung geht hervor, daß das Arsa-Lecin eine Lösung im Sinne der Ziffer 5 des Verzeichnisses A der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Okt. 1901 ist. Es darf daher als Heilmittel außerhalb der Apotheken nicht feilgehalten oder verkauft werden. Von den in dieser Zubereitung enthaltenen Stoffen sind Ferrum oxydatum dialysatum und Salia glycerophosphorica solche, die als im Verzeichnis B nach § 2 der Kaiserlichen Verordnung außerhalb der Apotheken überhaupt nicht feilgehalten oder verkauft werden dürfen. Dieses Verbot beschränkt sich aber nur auf die oben genannten Stoffe selbst und nicht auf die daraus hergestellten pharmazeutischen Zubereitungen. (Vergl. Sonnenfeld, Drogistengesetz S. 69 ff.)

Der Vorstand des Deutschen Apothekervereins vertritt die Ansicht, daß „Arsa-Lecin“ unter allen Umständen ein typisches Heilmittel und somit dem freien Verkehr entzogen sei, ohne diese Ansicht näher zu begründen. Die Kaiserliche Verordnung vom 22. Oktober 1901 bestimmt im § 1 den Begriff „Heilmittel“ als „Mittel zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten bei Menschen oder Tieren“ und hat damit, wie ein Urteil des Kammergerichts vom 5. Oktober 1903 (Samml. gerichtl. Entsch. a. d. Geb. der öffentl. Gesundheitspflege IV 604) ausspricht, Mittel zur Erhaltung und Kräftigung der Gesundheit sowie Mittel zur Verhütung von Krankheiten vom Apothekenprivileg ausschließen wollen.

Der Absatz 1 des § 1 der Kaiserlichen Verordnung hebt ausdrücklich hervor, daß es gleichgültig ist, ob die fragliche Zubereitung heilkräftige Stoffe besitzt oder nicht. Für die Beurteilung als Heilmittel kommt es nach der Rechtsprechung wesentlich auf die Art und Weise der Anpreisung und des Feilhaltens an, wonach die Abgabe einer Zubereitung zu allen anderen, nur nicht zu Heilzwecken, gestattet ist. Diese Anschauung kommt zum Ausdruck z. B. in dem Urteil des Kammergerichtes vom 14. Februar 1910, wo es heißt: „Es ist für die Anwendung des § 1 der Kaiserlichen Verordnung nicht entscheidend, ob die Arznei nach der Auffassung der Sachverständigen ein Heilmittel ist, sondern ob sie als solches feilgehalten oder verkauft wird."

Es ist zunächst zu untersuchen, zu welchen Zwecken der Hersteller des Arsa-Lecins dasselbe bestimmt hat. Aus einer uns gedruckt vorliegenden Anpreisung, die im wesentlichen einen aus der Zeitschrift „Therapeutische Neuheiten" abgedruckten Artikel eines Nervenarztes Dr. med. Dammann enthält, ist ersichtlich, daß das Arsa-Lecin vorzugsweise bei Chlorose, besonders solcher mit nervösen Erscheinungen, bei nervösen Schwächezuständen auf anderer Grundlage sowie zur Kräftigung bei Tuberkulose empfohlen wird. Ebenso wie diese Angaben deutet auch die auf der Umhüllung der Flasche befindliche, in französischer Sprache abgefaßte Anweisung: „Gegen die Nervosität und Appetitlosigkeit chlorotischer Erwachsener" auf die Zweckbestimmung des Arsa-Lecins als Heilmittel hin. Die in englischer Sprache gegebene Aufschrift: „Bildet Blut, stärkt die Nerven, reizt den Appetit" muß indessen als eine Anpreisung als Stärkungs- und Kräftigungsmittel aufgefaßt werden, wenn man überhaupt die in den beiden fremden Sprachen gegebenen Aufschriften als maßgebend für die beabsichtigte Anwendung im Deutschen Reich gelten lassen will. In deutscher Sprache trägt die Umhüllung für die Anwendung nur den Hinweis „Auf ärztliche Verordnung 1—2 Teelöffel voll zu nehmen", der auf der Flasche selbst in verschärfter Form „Nur auf ärztliche Verordnung 1—2 Teelöffel voll dreimal täglich" wiederkehrt. Daraus darf geschlossen werden, daß das Arsa-Lecin nach Absicht des Herstellers ausschließlich bei Krankheiten angewendet werden soll. Denn nach der, z. B. von Sonnenfeld (Drogistengesetze S. 26 f.) vertretenen Auffassung wird das Erfordernis ärztlicher Hilfe oder wenigstens ihre übliche Inanspruchnahme als wesentliches Merkmal der „Krankheit" im Sinne der Kaiserlichen Verordnung betrachtet.

Freilich kann als feststehend angesehen werden, daß Kranken und Rekonvaleszenten vom Arzte vielfach neben oder an Stelle von Heilmitteln der Gebrauch von Nähr- und Kräftigungsmitteln verordnet wird.

Soweit die von der pharmazeutisch-chemischen Industrie hergestellten Kräftigungsmittel in Betracht kommen, scheint die Kaiserliche Verordnung sie als Heilmittel anzusehen, da sie ausdrücklich eine Anzahl solcher Mittel im Verzeichnis A: Fleischextrakt, Malzextrakt auch mit Eisen, Lebertran oder Kalk, Hafermehlkakao dem freien Verkehr überläßt. Die Rechtsprechung ist aber nur teilweise soweit gegangen, diätetische Nährmittel oder Stärkungsmittel, wenn sie in Krankheitsfällen angewendet werden, als eigentliche Heilmittel anzusehen. So erklärte das Oberlandesgericht in Cöln am 8. Juni 1907 (Samml. gerichtl. Entscheidungen VI 471), daß Hämatogen als Nähr- und Kräftigungsmittel sogar zum Gebrauch für Kranke frei verkäuflich sei. Das Landgericht Karlsruhe hielt in einem Urteil vom 21. November 1906 (Samml. gerichtl. Entscheidungen V 518) sogar die auf ärztliches Rezept erfolgte Abgabe von Essentia Ferri Mangani durch einen Drogisten für berechtigt, weil dieselbe als Nähr- und Kräftigungsmittel und nicht als Heilmittel zur Anwendung und zum Verkauf gelangt sei.

Auch wenn man annimmt, daß Nähr- und Kräftigungsmittel zur Anwendung bei Krankheiten freigegeben sind, so folgt doch aus der einfachen Bezeichnung einer unter das Verzeichnis A fallenden Zubereitung als Kräftigungsmittel noch nicht, daß sie wirklich nur ein solches ist. Gerade in der Gegenwart, wo eine übereifrige Industrie zahlreiche unwirksame oder heilkräftige Mittel auf den Markt wirft, werden zur Umgehung des Apothekenprivilegs und um die Ware rascher und unmittelbarer an die Konsumenten heranzubringen, Bezeichnungen wie Vorbeugungs- und Kräftigungsmittel mit Vorliebe gewählt. Hat man derartige Mittel daraufhin zu beurteilen, inwieweit § 1 der Kaiserlichen Verordnung auf sie Anwendung findet, so kann der Zweck, für den sie

angepriesen und feilgehalten werden, unmöglich allein maßgebend sein. Andernfalls könnte ein findiger Drogist etwa eine Opium enthaltende Zubereitung als Vorbeugungsmittel gegen Schlaflosigkeit anpreisen. Es muß vielmehr geprüft werden, ob ihnen Eigenschaften innewohnen, die den Zweck für den sie angepriesen sind, zu erfüllen geeignet sind.

Von einem Nähr- und Kräftigungsmittel ist zu verlangen, daß es vorwiegend auf dem Wege der Ernährung, d. h. durch Zufuhr von Stoffen wirkt, die teils dem Körper potentielle Energie zuführen, teils zum Ersatz der vom Körper abgegebenen Bestandteile dienen sollen. Es kann also nur mittelbar auf dem Wege der Ernährung heilend bei Krankheiten wirken. Im Gegensatz hierzu stehen die eigentlichen Heilmittel, die auf pharmakologischem Wege entweder durch Beseitigung der Krankheitsursache oder durch eigenartige Beeinflussung gewisser Körperzellen im Sinne einer Anregung oder Herabsetzung ihrer Funktion, also durch Milderung oder Beseitigung der Krankheitserscheinungen eine heilende Wirkung erzielen.

Ist ein Präparat der pharmazeutisch-chemischen Industrie derartig hergestellt, daß es zugleich ernährende und pharmakologische Wirkungen besitzt, so ist zu prüfen, welchen Bestandteilen die hauptsächliche Wirkungsweise zukommt, und hierdurch wird die Beurteilung der Zubereitung im Sinne der Kaiserlichen Verordnung bestimmt werden. Zu den eben erwähnten Zubereitungen gehört neben vielen anderen gleichartigen Mitteln das Arsa-Lecin. Es enthält einerseits die Nährstoffe Eiweiß, Zucker (als Natriumsaccharat) und die Glycerinphosphorsäure, der von manchen Aerzten ein günstiger Einfluß auf die Ernährung, namentlich des Nervensystems zugeschrieben wird. Anderseits sind als pharmakologisch wirkende Substanzen, d. h. eigentliche Heilmittel, Arsenik und kolloidales Eisenhydroxyd (Ferrum oxydatum dialysatum) darin enthalten. Der Gehalt an Nährstoffen ist gering. Die dem Körper täglich zugeführte Eiweißmenge würde, wenn das Arsa-Lecin in der auf der Flasche verordneten Höchstmenge von 6 Teelöffeln eingenommen wird, unter Zugrundelegung des oben angegebenen Gehaltes von 1,5 % 0,27 g, die Menge an Glyzerinphosphorsäure als P_2O_5 berechnet, höchstens 0,01 g betragen. Wenn somit auch dem Arsa-Lecin eine ernährende Wirkung nicht vollständig abgesprochen werden kann, so ist sie doch sehr gering gegenüber der Heilwirkung, die durch den Gehalt an Eisen und Arsen bedingt ist. Die in 6 Teelöffeln täglich zugeführte Menge Eisen beträgt 0,16 g Eisenoxyd, die Arsenmenge 2 mg Arsenik. Das sind Mengen, von denen, wenn sie einige Zeit hindurch verabreicht werden, eine heilende Wirkung bei Chlorose, Neurasthenie und anderen Krankheiten erwartet werden kann.

Das Arsa-Lecin enthält das Eisen in Salzform gebunden. Wir haben schon in unserem am 11. Dezember 1912 erstatteten Obergutachten, betreffend die Freiverkäuflichkeit des Hämatogens, hervorgehoben, daß die Eisensalze im Gegensatz zu dem im Hämoglobin in fester organischer Bindung vorhandenen Eisen eine eigenartige, anregende Wirkung auf die blutbildenden Organe besitzen und vielleicht auch das Wachstum günstig beeinflussen können.

Arsenik ist ein starkes Gift, das in sehr kleinen Dosen als Heilmittel bei Haut- und Nervenkrankheiten sowie bei Ernährungsstörungen einen alten und begründeten Ruf hat. Es wirkt durch seine pharmakologischen Eigenschaften, indem es den Stoffwechsel der Zellen in einer noch nicht näher erforschten Weise verändert. Gerade die Kombination der Eisenwirkung mit derjenigen des Arseniks wird bei Chlorose sehr häufig zu Heilzwecken angewendet.

Wie sich aus dieser Darlegung ergibt, ist die Zusammensetzung des Arsa-Lecins derartig, daß die ernährende Wirkung gegenüber der unmittelbar heilenden Wirkung stark zurücktritt. Der Charakter dieser Zubereitung ist also im wesentlichen der eines Heilmittels und nicht eines Stärkungs- und Kräftigungsmittels.

Die Auffassung der „Zeitschrift für Medizinalbeamte“, wonach das Arsa-Lecin zwar als Nähr- und Kräftigungsmittel dem freien Verkehr zu überlassen, aber wegen seines Arsengehaltes als „Gift“ im Sinne der Polizeiverordnung über den Handel mit Giften anzusehen sei, ist irrtümlich. Abgesehen davon, daß der Heilmittelcharakter des Arsa-Lecins vollständig übersehen wird, kann man diese Zubereitung auch dann, wenn sie wesentlich nährende und kräftigende

Eigenschaften besäße, schwerlich als „Gift“ ansehen. Die Giftpolizeiverordnung enthält zwar in Abteilung I des Giftverzeichnisses „Arsen, dessen Verbindungen und Zubereitungen, auch Arsenfarben“, und das Arsa-Lecin ist in der Tat eine Zubereitung des Arsens. Als Nähr- und Kräftigungsmittel gehört es unzweifelhaft zu den Nahrungs- und Genußmitteln. Die Giftpolizeiverordnung stellt aber sowohl in § 2 (Vorräte von Giften — — — dürfen weder über noch unmittelbar neben Nahrungs- und Genußmitteln aufbewahrt werden), als auch in § 15, welcher verbietet, Gifte in Gefäßen abzugeben, deren Form oder Bezeichnung die Gefahr einer Verwechslung des Inhalts mit Nahrungs- oder Genußmitteln herbeizuführen geeignet ist, die Gifte in direkten Gegensatz zu den Nahrungs- und Genußmitteln.

Betrachtet man das Arsa-Lecin als Nahrungs- oder Genußmittel, so finden darauf die Bestimmungen des Gesetzes, betreffend den Verkehr mit Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen vom 14. Mai 1879 Anwendung, welches in § 12 denjenigen mit Gefängnis bedroht, der vorsätzlich Gegenstände, welche bestimmt sind, Anderen als Nahrungs- und Genußmittel zu dienen, derartig herstellt, daß der Genuß derselben die menschliche Gesundheit zu beschädigen geeignet ist, ingleichen denjenigen, der solche Gegenstände feilhält oder in Verkehr bringt. Das Arsa-Lecin enthält, wie oben ausgeführt wurde, in der in der Anpreisung vorgeschriebenen Tagesmenge 2 mg Arsenik. Aus zahlreichen Fällen von chronischer Arsenvergiftung, die durch Wohnen in Zimmern mit arsenhaltigen Tapeten oder anderweitiges Einatmen arsenhaltigen Staubes verursacht wurden, kann man schließen, daß die zur Erzeugung einer solchen Vergiftung notwendige täglich aufgenommene Menge Arsenik sehr gering zu sein braucht. Wir halten es durchaus nicht für ausgeschlossen, daß auch durch lang fortgesetzten Gebrauch des Arsa-Lecins eine chronische Arsenvergiftung hervorgerufen werden kann. So führt auch diese Ueberlegung zu dem Schlusse, daß dem Arsa-Lecin die Eigenschaften eines Nähr- und Kräftigungsmittels abgehen, und daß derjenige, der es als solches in den Verkehr bringt, sich strafbar macht.

Wir fassen unser Gutachten schließlich dahin zusammen:

1. daß das Arsa-Lecin eine Zubereitung im Sinne des Verzeichnisses A Ziffer 5 der Kaiserlichen Verordnung ist,
2. daß es infolge seiner ihm innewohnenden wesentlichen Wirkungsweise nur als Heilmittel zu dienen geeignet ist,
3. daß es infolgedessen dem freien Verkehr entzogen ist und seine Abgabe nur in Apotheken gemäß der Verordnung, betreffend die Abgabe starkwirkender Arzneimittel, zu erfolgen hat.“

Hierzu haben wir folgendes zu bemerken:

„Arsa-Lecin“ ist eines von den vielen neueren Mitteln, die teils als Heilmittel, teils als „Nähr- und Kräftigungsmittel“ Verwendung finden und als solche auch von den Aerzten verordnet werden. Daß dies der Fall ist, wird in dem vorstehenden Gutachten nicht bestritten, denn es heißt darin: Die in englischer Sprache gegebene Aufschrift: „Bildet Blut, stärkt die Nerven, reizt den Appetit“ muß indessen als eine Anpreisung als Stärkungs- und Kräftigungsmittel aufgefaßt werden“ und weiterhin: „Freilich kann als feststehend angesehen werden, daß Kranken und Rekonvaleszenten vom Arzte vielfach neben oder an Stelle von Heilmitteln der Gebrauch von Nähr- und Kräftigungsmitteln verordnet wird.“ Damit gibt die Wissenschaftliche Deputation ausdrücklich zu, daß das Arsa-Lecin auch als Stärkungs- und Kräftigungsmittel Verwendung findet oder wenigstens finden kann, und setzt sich demzufolge in Widerspruch mit Nr. 2 seines Schlußgutachtens, daß „es nur als Heilmittel zu dienen geeignet ist.“ Zur Begründung dieser

Ansicht wird einmal die Zusammensetzung und die Wirkungsweise des Arsa-Lecins angeführt, anderseits die Zweckbestimmung: Gegen die Nervosität und Appetitlosigkeit chlorotischer Erwachsener“ und vor allem der auf der Umhüllung und auf der Flasche befindliche Zusatz „Nur auf ärztliche Verordnung zu nehmen“.

Daß das Arsa-Lecin eine Zubereitung im Sinne des Verzeichnisses A Ziffer 5 der Kaiserlichen Verordnung ist, darüber hat selbstverständlich auch bei dem Herausgeber dieser Zeitschrift kein Zweifel bestanden. Im § 1 der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 heißt es aber, daß die in dem Verzeichnis A aufgeführten Zubereitungen nur als Heilmittel (Mittel zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten bei Menschen oder Tieren) dem freien Verkehr entzogen sind, und diese Bestimmung ist von der ständigen Rechtsprechung der höchsten Gerichtshöfe, insbesondere des Kammergerichts, dahin ausgelegt, „daß Mittel zur Hebung und Kräftigung der Gesundheit sowie Mittel zur Verhütung von Krankheiten vom Apothekenprivileg ausgeschlossen, also freigegeben sind.“ Dieser in dem Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation erwähnte Rechtsstandpunkt mußte für die Redaktion bei der Beantwortung der Frage maßgebend sein, so sehr er auch vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege aus zu bedauern ist. So lange aber die Kaiserliche Verordnung nicht eine diesem Standpunkte entsprechende Abänderung erfahren hat, muß man damit rechnen, zumal das Kammergericht in seinem ebenfalls in dem Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation angeführten Urteil vom 14. Februar 1910 die Anschauung vertritt, daß für die Beurteilung der Frage, ob eine Zubereitung als Heilmittel dem freien Verkehr entzogen ist oder nicht, weder seine Zusammensetzung noch die Auffassung der Sachverständigen entscheidend ist, sondern lediglich die Feststellung, ob sie als Heilmittel feilgehalten oder verkauft wird. Eine solche Feststellung lag bei der an die Redaktion der Zeitschrift gerichteten Anfrage nicht vor, sondern im Gegenteil, es war ausdrücklich mitgeteilt, daß das Arsa-Lecin nur als Nähr- und Kräftigungsmittel feilgehalten sei; desgleichen konnte aus den weiter beigefügten Ausführungen nicht entnommen werden, daß die Umhüllungen und sonstigen Bezeichnungen weder eine Anpreisung zu Heilzwecken noch den Zusatz „nur auf ärztliche Anordnung zu nehmen“ enthalten hatten. Die Redaktion ist demzufolge auch jetzt noch der Ansicht, daß das Arsa-Lecin, wenn man sich lediglich auf den Standpunkt der bisherigen Rechtsprechung stellt, nicht allgemein, sondern nur bei seiner Anpreisung und Abgabe als Heilmittel dem freien Verkehr entzogen ist; sie ist auch überzeugt, daß vorkommendenfalls das Kammergericht in diesem Sinne entscheiden wird, denn es müßte sonst seinen bisherigen Standpunkt verlassen. Höchstens steht zu erwarten, daß es der Ansicht der

Wissenschaftlichen Deputation insoweit Rechnung trägt, als es bei dem Anpreisen, Feilhalten und Verkauf des Arsa-Lecins als Kräftigungs- und Stärkungsmittel und ohne den Zusatz: „Nur auf ärztliche Verordnung zu nehmen" einen „Dolus" annimmt und demzufolge Bestrafung eintreten läßt.

Nach § 1 Abs. 2 der Giftpolizeiverordnung vom 22. Februar 1906, der auffallender Weise in dem Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation außer Acht gelassen ist, gelten als „Gifte" dieser Verordnung die in Anlage I aufgeführten Drogen, chemischen Präparate und Zubereitungen. Da in dem Gutachten zutreffend und übereinstimmend mit unserer Ansicht „Arsa-Lecin als eine Zubereitung des Arsens" anerkannt wird, so fällt dieses eben auch dem klaren Wortlaut jener Vorschriften gemäß unter die Giftpolizeiverordnung, denn irgendwelche Einschränkung in bezug auf die Verwendung der Gifte ist hier nicht gemacht. Das mag ein Mangel der Gesetzgebung sein, aber so lange er besteht, muß man mit diesem ebenso rechnen wie mit den mancherlei Mängeln der Kaiserlichen Verordnung. Dieser Bestimmung gegenüber sind auch die auf das Nahrungsmittelgesetz gestützten Ausführungen des Gutachtens hinfällig. Jedenfalls ist die Forderung der Redaktion, daß zum Feilhalten und Abgabe des Arsa-Lecins als Kräftigungsmittel eine Giftkonzession und die Beachtung der Vorschriften über die Giftpolizeiverordnung nötig sei, nach der Sachlage durchaus berechtigt und außerdem auch den Vorschriften über den Verkehr mit scharfwirkenden Stoffen vom 22. Juni 1896 entsprechend, da diese nach § 2 auf die dem freien Verkehr überlassenen Mittel keine Anwendung finden. Im übrigen bedeutet jene Forderung der Redaktion in sanitätspolizeilicher Hinsicht eine weit größere Einschränkung der Abgabe von Arsa-Lecin als die von der Wissenschaftlichen Deputation in Nr. 3 ihres Schlußgutachtens gestellte Forderung; denn danach darf nur das erste Mal die Abgabe von Arsa-Lecin nicht ohne ärztliche Verordnung in den Apotheken erfolgen, während alle späteren wiederholten Abgaben nach § 2 Ziff. 2 der betreffenden Vorschriften unbeschränkt stattfinden können, da die Einzelgabe aus der Anweisung ersichtlich ist und ihr Gehalt an Arsen (0,0004) weit hinter der in dem Verzeichnis angegebenen Höchstgabe (0,005) zurückbleibt.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Psychiatrie.

Zur Diagnose paranoischer Zustände. Von Oberstabsarzt Dr. Theophil Becker in Metz. Münchener med. Wochenschrift; 1914, S. 637.

Die Vielfältigkeit der Begriffsbestimmung der Paranoia ist bekannt. Früher hielt man die Paranoia im wesentlichen als eine Störung der intellektuellen Sphäre, des Denkens, des logischen Zusammenhanges; in der Neuzeit wird auf die Mitbeteiligung des Affektlebens hingewiesen. Specht in Erlangen rechnet sie als Psychose zum manisch-depressiven Irresein. — Die Grundlage ist die Wahnidee, deren Inhalt keine Rolle spielt. Die Wahn-

vorstellung ist unbeeinflußbar und hebt sich dadurch von dem Irrtum des Geistesgesunden ab. Wahnideen treten auch bei anderen Krankheiten auf; aber krankheitsbeherrschend sind sie bei der chronischen Paranoia. Die Differentialdiagnose: Geistesgesunder Querulantenwahnsinn im Sinne der chronischen Paranoia ist sehr schwer. Läßt sich nachweisen, daß ein Wahnsystem krankhafter Natur vorliegt mit dem Grundzuge der Wahnvorstellung der rechtlichen Beeinträchtigung, um die sich weitere wahnhafte Vorstellungen gruppieren, und die den Mittelpunkt des veränderten Seelenlebens bildet, läßt sich ferner nachweisen, daß die Wahnbildung fortschreitet, so spricht dies für Paranoia. Die absolute Unmöglichkeit, durch Verstandsmotive die Wahnvorstellung zu erschüttern, sowie der Ausbau, das Hereinbeziehen aller Lebenserfahrungen im Sinne der Grundvorstellungen ist der Paranoia eigen. Die Paranoia querulatoria findet sich fast ausschließlich bei erblich Belasteten. Meist haben diese Menschen einen gewissen rechthaberischen Zug von jeher gehabt; an einem tatsächlichen oder vermeintlichen Rechtsirrtum knüpft sich dann das Gespinnst. Allmählich treten auch Anzeichen geistiger Schwäche hinzu, namentlich Größenvorstellungen. — Mehrere Krankengeschichten werden gegeben, darunter die des Alarmierers der Garnison Straßburg vom 10. Januar 1913, Vizefeldwebels August W.

Dr. Graßl-Kempten.

Die wissenschaftliche Bedeutung des „Falles Wagner". Von Dr. R. Gaupp in Tübingen. Münchener med. Wochenschrift; 1914, S. 633.

Die Schreckenstaten des Hauptlehrers Wagner in Degerloch und Mühlhausen (4. und 5. Sept. 1913) sind noch in allgemeiner Erinnerung. Er hat in der Nacht vom 3./4. September 1913 seine Frau und 4 gesunde Kinder durch tiefe Zerschneidung der Halsschlagader getötet, hat das Heimatdorf seiner Frau an vier verschiedenen Orten angezündet und auf alle männlichen Bewohner, die durch das Feuer erschreckt zum Löschen kamen, geschossen und hierbei 8 Personen sofort getötet und 12 andere, sowie 2 Stück Vieh schwer verletzt. Nur dadurch, daß er in der Aufregung vergaß, seine Pistolen neuzuladen, konnte er niedergeschlagen und überwältigt werden. Er hatte bei der Ausführung seiner Pläne äußerst umsichtig gehandelt; die Drahtleitungen abgeschnitten. Sein weiterer Plan ging dahin, das Schloß Ludwigsburg in Brand zu stecken und sich in dem brennenden Schloß zu erschießen. — Bis zur Ausführung der Tat hatte niemand eine Ahnung, daß Wagner geisteskrank sei, im Gegenteil hat ihn die Behörde bestens qualifiziert und zum Unterricht in einer Großstadt begutachtet. — Sein Vater war ein Potator; die Mutter sexuell stark erregt, zwei Brüder der Mutter waren geisteskrank. Ein Bruder Wagners war ein haltloser Trinker; eine Schwester „nervös". — Die Ueberhebung, der Hang zum Alkoholexzeß hatte er also vom Vater, die sexuelle Erregbarkeit von der Mutter geerbt. Wagner selbst hat eingehendste Aufzeichnungen über sich gemacht, teilweise in Tagebuchform. — In der Jugend war er lebhaft, intelligent, gemütlich sehr erregbar, ehrgeizig, eitel; oft von angstvollen Träumen geplagt. Er gibt an, daß ihm die Demut stets gefehlt habe. Seine sexuelle Erregbarkeit brachte ihn den Spitznamen: „Der Mädlesschmecker". Mit 17 Jahren hatte er schon ausgesprochen pessimistische Grundanschauungen. Mit 18 Jahren wurde er aus sich heraus, ohne Verführung Onanist. Trotz heftigster Gewissensbisse verfiel er immer wieder darauf und glaubte sich deshalb schief angeschaut. Als junger Leser schwärmte er für radikale politische Auffassung, die er später verließ. Nach einem Alkoholexzeß verging er sich an Tieren; von da an hatte sein Leben einen Knacks. Er glaubte sich deshalb allgemein verfolgt. 12 Jahre lang lebte er in diesem Wahn und beschloß sich zu rächen. Vier Jahre trug er den Rachegedanken mit sich herum und durchdachte ihn bis in das Kleinste. — Bei Wagner handelt es sich somit um die psychologische Weiterentwicklung einer von Haus aus abnormen Persönlichkeit, die unter dem Einfluße einer schweren Schuld steht. Die rein affektive Genese des Wahnes ist das Charakteristische. Pathologisch sind Stärke und Dauer der Gemütsbewegung, nicht die Ursache. Die Unrichtigkeit der älteren Psychiatrie, daß Paranoia auf Schwachsinn beruhe, wird durch den Fall Wagner glänzend widerlegt. Die von Meynert bereits betonte egoistische Grundlage der Verrücktheit tritt auch hier stark hervor. Größenwahn und Verfolgungswahn sind bei dem Paranoiker eng verknüpft. Verfasser weist hier auf die interessante Mit-

teilung Spechts hin, daß sich unter den Paranoikern mit Vorliebe Schullehrer befinden. Specht dehnt dabei die Erfahrung Ziehens bezüglich der Gouvernanten, daß die tatsächliche geistige Ueberlegenheit in einem bestimmten, durch den Beruf gegebenen Milieu einen vorhandenen geistigen Hochmut erzeuge, auch auf die Volksschullehrer aus (Ref. möchte auf die im Volke herrschende Ansicht hinweisen, daß Volksschullehrer in der Regel „engelrein“ sind). Gaupp hält diese Ansicht Spechts für berechtigt, wenngleich er weniger an ein Erzeugen des geistigen Hochmutes als an eine Steigerung dieser schon vorher vorhandenen Eigenschaften glauben möchte; dafür sei Wagner ein Beispiel. Gaupp verweist dann noch auf die Partialität des Wahnes bei Wagner hin. Trotz zwölfjähriger Dauer beschränkt sich der Wahn auf gewisse Zeiten und gewisse Gebiete, so daß die Unterscheidung Heilbronners — beim Querulanten zirkumskripter, beim Paranoiker diffuser Beziehungswahn — nicht durchgreifend zu sein scheint. Dr. Graßl-Kempten.

Zurechnungsfähigkeit und Rechtssicherheit. Von Prof. Dr. phil. et med. W. Weygandt-Hamburg. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin; 1914, 47. Bd., 2. Heft, S. 281.

Gemeinverständliche Darstellung der vielfach erörterten Beziehungen zwischen Strafvollzug und Anstaltsinternierung gemeingefährlicher Geisteskranker. Der Verfasser bevorzugt die Unterbringung freigesprochener Irren in allgemeinen Irrenanstalten vor der in Irrenabteilungen von Strafanstalten oder in besonderen Anstalten für geisteskranke Verbrecher nicht nur, weil sie dort besser zu halten sind, wenn sie unter andere Kranke verteilt werden, sondern hauptsächlich deshalb, weil sich in allgemeinen Irrenanstalten die Möglichkeit ergibt, geeignete Individuen stufenweise auf die Entlassungsfähigkeit zu prüfen. Die rechtlichen und polizeilichen Grundlagen werden kritisiert, von der Schaffung der „vermindert Zurechnungsfähigen“ im Strafgesetzentwurf Besserung des Verfahrens erwartet und zum Schutze der Allgemeinheit vor den Aufhetzungen Internierter durch sensationslüsterne Anwälte die von v. Liszt vorgeschlagene Entmündigung wegen Gemeingefährlichkeit als erwünscht bezeichnet. Verfasser hat aber gelegentlich schon die Fortdauer der Entmündigung Gemeingefährlicher nach der Entlassung durch die Darlegung erreicht, daß die krankhafte Reizbarkeit, der Hang zu Straftaten des Untersuchten jeden Versuch, eine Existenz zu gründen und die „eigenen Angelegenheiten zu besorgen“, zum Scheitern bringen mußten.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Die Irrenstatistik im Dienste der sozialen Psychiatrie. Von Dr. Hans Roemer in Illenau. Psych.-neurol. Wochenschrift; Jahrgang XV, Nr. 49.

Verfasser hat früher (Psych.-neurol. Wochenschrift; Jahrgang XIII, Nr. 10) die zentrale Registrierung aller innerhalb eines Territoriums (Bundesstaat, Provinz) amtlich bekannt werdenden Fälle von Geisteskrankheit wesentlich zu wissenschaftlich-statistischen Zwecken empfohlen und die in Betracht kommenden Kategorien von Kranken, die infolge ihrer psychischen Anomalie bei den Behörden notorisch bekannt werden, aufgezählt. Es sind dies:

1. die in öffentliche und private Anstalten aufgenommenen bezw. aus diesen entlassenen Geisteskranken;
2. die an Geisteskrankheit Verstorbenen;
3. die Selbstmörder;
4. die psychopathischen Zwangserziehungszöglinge;
5. die wegen geistiger Störung oder Schwäche nicht zur Schule zugelassenen Kinder;
6. die psychopathischen Hilfsschulzöglinge;
7. die Pfleglinge der Epileptiker-, Idioten- und Schwachsinnigenanstalten;
8. die Insassen der Trinkerheilstätten, Kreispflegeanstalten und Pfründnerhäuser, soweit sie nicht rein körperlich siech sind;
9. die wegen Geistesstörung ausgemusterten Rekruten, die aus demselben Grunde entlassenen Soldaten, sowie die bei der Truppe psychisch erkrankt Gewesenen;
10. die wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche oder Trunksucht Entmündigten;

11. die wegen Geisteskrankheit Geschiedenen;
12. die auf Grund des § 51 Str.G.B. exkulpierten Rechtsbrecher;
13. die wegen Geisteskrankheit aus dem Strafvollzug ausgeschiedenen Gefangenen, sowie die während des Strafvollzugs psychisch Erkrankenden;
14. die von der Landesversicherungsanstalt wegen Geistesstörung Invalidisierten und
15. die freilebenden Geisteskranken, die ganz oder zum Teil der öffentlichen Armenpflege zur Last fallen.

Die fortlaufende Buchung aller dieser Kranken bei der statistischen Zentrale würde hiernach im Laufe der Zeit eine Sammlung psychiatrischer Individualkarten ergeben, die zur Klärung wichtiger, wissenschaftlicher und praktischer Fragen unentbehrliche Dienste leisten könnte, so insbesondere zur Feststellung der Gesamtzahl der Geisteskranken, der Erforschung der Erblichkeitsprobleme, der Ergründung der sozialen Aetiologie, der biographischen Eruierung der Lebensschicksale der Psychopathen, der Erhebung einer objektiven Anamnese und Katamnese etc. Verfasser weist nun darauf hin, daß vom Standpunkt der Beaufsichtigung und Versorgung der Geisteskranken außerhalb der Anstalten eine ganz ähnliche Institution gefordert wird. So hatten früher Schwabe, Stolper und am präzisesten jüngst A. Leppmann die amtliche Sammlung aller einen Geisteskranken betreffenden wichtigen Geschehnisse an einer leicht zugänglichen Stelle gefordert, um den Medizinalbeamten durch rasche und zuverlässige Meldungen die sanitätspolizeiliche Ueberwachung der freilebenden Geisteskranken zu ermöglichen. Ferner hat M. Fischer zur Organisation eines Sicherheits- und Meldedienstes eine analoge Zentralstelle im Verein mit einer gesetzlichen Meldepflicht nach englischem Beispiel vorgeschlagen, und kürzlich A. Groß auf die Möglichkeit hingewiesen, die vom Verfasser für wissenschaftliche Zwecke empfohlene zentrale Registrierung für die Fürsorge für die freilebenden Kranken unmittelbar zu verwerten. Es wird nun untersucht, ob eine derartige Heranziehung der vorgeschlagenen Institution zur Lösung der genannten Aufgaben der praktischen Sozialpsychiatrie wesentliche Modifikationen des Planes nötig machen würde. Verfasser kommt dabei zu dem Ergebnis, daß die gleichzeitige Benützung für wissenschaftliche und praktische Zwecke ohne eingreifende Aenderungen durchführbar wäre. Er schildert dabei die Vorteile der zentralisierten im Gegensatz zur dezentralisierten (Amtsärzte) Registrierung, nennt die eventuell erforderliche Erweiterung der zu meldenden Ereignis-Kategorien, erwähnt die gleichfalls notwendige Beschleunigung im Turnus der Meldungen und beschreibt dann in welcher Weise das angesammelte Material von Individualzählkarten notorisch Geisteskranker für die Ueberwachungs- und Fürsorge-Organisation am zweckmäßigsten verwertet werden könnte. Die Vorteile, die der Verfasser sich von einer derartigen Einrichtung in praktischer Hinsicht verspricht, wären folgende: Information der zuständigen Medizinalbeamten und Organe der Irrenhilfsvereine über die Namen der für sie in Betracht kommenden freilebenden Kranken, Instruktion über die aktenmäßige Vorgeschichte dieser Kranken und damit erleichterte Beurteilung ihrer Gemeingefährlichkeit, ferner raschere Orientierung der Gefängnis- und Gerichtsärzte über die Anamnese bei zweifelhaften Geisteszuständen und dadurch Förderung der frühzeitigen Erkennung psychischer Anomalien wie überhaupt des psychiatrischen Verständnisses bei den gerichtlichen Instanzen und endlich Unterstützung der Aerzte der Anstalten und Kliniken bei ihren praktischen (Entlassungsfrage) und wissenschaftlichen Aufgaben. Hinsichtlich der technischen Durchführbarkeit des Projektes wird auf die entsprechende Einrichtung zentraler Melde- und Auskunftsstellen im Armenwesen mancher Großstädte hingewiesen und weiterhin der relativ geringe Umfang der neu zu sammelnden statistischen Materialien sowie die verhältnismäßig geringe Höhe der aufzuwendenden Mittel betont. Zum Schluß setzt sich Verfasser mit dem Bedenken einer eventuellen Gefährdung der amtlichen Diskretionspflicht auseinander und tritt für die Befugnis des Staates ein, die Akte seiner sozialpsychiatrischen Fürsorge zu registrieren und die Nachweisungen zur Sicherung der Gesellschaft vor gemeingefährlichen Geisteskranken sowie zur Fürsorge der freilebenden Kranken — in geeigneter

Weise zu verwerten. Eine derartige Institution würde somit gleichermaßen wissenschaftlichen wie praktischen Bedürfnissen entsprechen; gerade in der Gegenwart, wo weitere Kreise nach Schutz der Oeffentlichkeit vor den Geisteskranken rufen, sollte mit einer derartigen Einrichtung, deren Wert naturgemäß erst im Laufe der Zeit in Erscheinung treten kann, ungesäumt begonnen werden. (Selbstbericht.)

Geistesstörung und Kriminalität im Kindesalter. Von Prof. Dr. Raecke, Frankfurt a. M. Medizinische Klinik; 1914, H. 3.

Von 371 in Frankfurt untersuchten Fürsorgezöglingen hatten 292 Kinder bis zu 16 Jahren bereits kriminelle Handlungen begangen, davon 175 = 60% Eigentumsvergehen, darunter 28 Einbrüche und 26 Bandenbildungen mit hochtrabenden Namen etc., 53 = 20% sexuelle Vergehen; dann folgten Schulschwänzen mit Umhertreiben und Roheitsdelikten einschl. Tierquälerei und Sachbeschädigung. Bei knapp 1/4 der kriminellen Fälle war nichts Pathologisches nachzuweisen; die Delikte waren nur Folge von Verwahrlosung. In fast 1/2 der Fälle waren intellektuelle Defekte vorhanden; eigentliche Imbezillität wurde allein 82 mal diagnostiziert (dabei leistete die Methode von Binet-Simon gute Dienste). Ferner wurden beobachtet Epilepsie: 22 mal, sichere Hysterie: 16 mal; im übrigen Psychopathen: 58 Fälle, obwohl ausgesprochen schwachsinnige Kinder trotz gelegentlicher psychopathischer Züge stets zu den Imbezillen gerechnet wurden. Hebephrenie war ziemlich selten; von 8 Verdachtsfällen hat der Verlauf bisher 4 sicher gestellt. Die Behauptung, eigentliche Psychosen und Wahnbildung kämen bei Kindern nicht vor, ist nicht richtig, sie wurden wiederholt bei Kindern von 9 und 12 Jahren beobachtet. Bei Eigentumsvergehen neigen die Gesunden mehr zur Zusammenrottung und Bandenbildung wie die Schwachsinnigen, Wandertrieb fand sich vorwiegend bei Schwachsinnigen und Epileptischen, auch Hebephrenen, Roheitsdelikte besonders bei Epileptikern und Psychopathen. Sexuelle Delikte wurden von verwahrlosten Gesunden und Psychopathen ungefähr gleich oft verübt, häufiger als von den Schwachsinnigen. Bei den Sexuellen sind 2 Hauptgruppen zu unterscheiden: Vorzeitiges Erwachen des Geschlechtstriebes und Verführung durch Erwachsene, dies letztere hauptsächlich bei den Gesunden, unter 14 Fällen 11 mal; bei den Psychopathen war die Hälfte eigenen perversen Antrieben gefolgt, von den Hysterischen sämtliche, von 19 Schwachsinnigen 11. Bei den intellektuell Defekten (exkl. Debilen) spielt die Verführung nur noch in ein Drittel der Fälle eine gewisse Rolle. Eigentliche Perversitäten waren häufig bei den Psychopathen und Hysterischen; wiederholt kamen homosexuelle Handlungen mit sadistischen Zügen vor. Die große Gefährlichkeit von Kinderaussagen (falsche sexuelle Anschuldigungen) wird an zwei Fällen (Hysterischen) dargetan. Die Aufmerksamkeit muß sich unbedingt auf krankhafte Aeußerungen kindlicher Sexualität richten, denn diese Elemente wirken in den gewöhnlichen Erziehungsanstalten moralisch vergiftend auf die anderen Fürsorgezöglinge ein. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Geistig defekte Kinder und ihre Behandlung. Von Dr. Ettie Sayer, beratender Arzt des National association for the welfare of the feeble minded; late ass. phys. to the London County Council (Education Department). The journ. of state med.; März 1914, XXII, Nr. 3.

Die Jahresberichte von Dr. James Kerr, dem Chefarzt des London County Council Education Department, dessen Assistent der Autor von 1902 bis 1907 war (cf. das Referat 1909, S. 462), zeigen insbesondere die diagnostischen Fortschritte auf dem Gebiete der geistigen Schwächezustände, die auf den psychologischen und pädagogischen Proben von Binet, Simon, Goddard und de Sanctis beruhen. Vor Eintritt in die Hilfsschule findet eine Untersuchung des Kindes durch einen vom Board of Education besonders anerkannten Arzt statt; 3 Monate nach der Aufnahme folgt die zweite Untersuchung, die weiteren alle 3 Monate. Die ersten nach Genehmigung des Gesetzes von 1899 eingerichteten Hilfsschulen waren den deutschen Sonderschulen nachgebildet. Von den 700000 Londoner Kindern sind etwa 7000 in solchen Sonderschulen, 300 werden jedes Jahr neu aufgenommen, 300 gelangen zur Entlassung. Für England wurde 1904 eine Kommission für Fürsorge und Kontrolle der Schwachsinnigen gewählt; der Bericht ist seit 5 Jahren veröffentlicht. Die Kommission

nimmt an, daß 270 000 Schwachsinnige sich in England finden und 130,000 ohne jede Fürsorge sind. Dem Parlament liegt z. Z. ein Entwurf zur Abhilfe vor.

Der Ernst der Lage wird trotz des Berichtes zurzeit noch von den Politikern und der Oeffentlichkeit verkannt. Man befürchtet technische und Verwaltungsschwierigkeiten bei der Organisation und Durchführung eines Schemas, das eine so große Zahl von Leuten der dauernden Fürsorge unterwerfen will; man scheut die Kosten und glaubt, bei der Stellung der Diagnose könnten Irrtümer eintreten, die zur Zurückhaltung von Personen führen könnten, die geistig nicht defekt sind. Nun sind in 96—97 % der Fälle Irrtümer auch dem Laien nicht möglich; in 3 % ist die Tätigkeit von Sachverständigen nötig. Der Entwurf sieht zwei Aerzte hierzu vor. Selbst wenn diese nicht tüchtig sein sollten, würde der Spezialarzt der Anstalt und die Besuchskommission genügende Bürgschaft geben. Die Anordnung der Detention ist übrigens wiederholt zu erneuern.

Im Anschluß an die Schwachsinnigen spricht der Autor von den Geisteskranken. So notwendig eine genügende Aufnahme und Fürsorge für die Geisteskranken ist, so tadelnswert ist die Unterbringung armer Kranken in prunkvollen, palastähnlichen Bauten. Besonders sündigt der Staat an den ehrenhaften, arbeitenden Frauen, die einen Wochenlohn von 8 s haben, für ihre Wohnung 3—4 s pro Woche bezahlen müssen, dazu einen Versicherungsbeitrag von 3 d aufzubringen haben, deren Gesundheit durch Arbeit und Steuern zusammenzubrechen droht, während die untauglichen Elemente in unnötig glänzenden Heimen untergebracht werden. In London sind die jährlichen Auslagen für 8000 Geisteskranke 200 000 £, die aus den Steuern aufzubringen sind. Sayer empfiehlt die Exportation in Kolonien, eine Heranziehung aller irgendwie arbeitsfähigen Elemente zu tüchtiger Beschäftigung, um die Kosten der Anstalten zu verringern.

Dr. Mayer-Simmern.

B. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

Tuberkulose.

Neue Tuberkuloseprobleme. Von Dr. G. Much-Hamburg. Tuberkulosis; 1913, Nr. 9.

Durch Milchsäureaufschließung kann festgestellt werden, daß der Tuberkelbacillus besteht aus: 1. Filtrat, löslich, 2. Eiweißgemisch, 3. Neutralfettgemisch, 4. Fettsäure-Lipoid, alle drei wasserunlöslich. Diese einzelnen Bestandteile werden als Partialantigene bezeichnet. Trotzdem die chemisch verschiedenen Partialantigene des Tuberkelbacillus alle eine spezifische Reaktivität besitzen, sind die klinisch gleichsinnigen Reaktionen dennoch nicht biologisch gleichsinnig und nicht auf dieselbe Ursache zurückzuführen. Das säure- (wasser-) lösliche Partialantigen ist einzig und allein fähig, tuberkulöse Meerschweinchen zu töten. Dieser Stoff konnte erst vollkommen von den anderen Partinalantigenen getrennt werden durch die Entdeckung der Säureaufschließungen. Bei anderen starken Auflösungsmitteln (Neurin) gehen so und so viele Partialantigene zugrunde. Aus unaufgeschlossenen Bazillen sind die Partialantigene nicht rein zu gewinnen. Nicht jede klinische Reaktion mit Tuberkelbazillensubstanzen ist eine Tuberkulinreaktion; diese ist nur an einen Bestandteil des Filtrates oder der im Handel befindlichen Tuberkuline geknüpft. Die Reaktionen der Partialantigene sind wahrscheinlich nicht nur in ihrer Ursache, sondern auch in ihrem Zustandekommen (Mechanismus) verschieden. Mit Sicherheit kann man einstweilen schon soviel sagen, daß die zelluläre Immunität sicherlich nicht an die Erythrozyten geknüpft ist. Das Antituberkulin ist nicht schuld an der Ueberempfindlichkeit. Die Tuberkulose des Erwachsenen wird als eine von innen, d. h. von den in der Jugend aufgenommenen Krankheitskeimen stammende Wiederansteckung (Reïnfektion) aufgefaßt. Eine Schutzimpfung mit totem Materiale ist nur dann möglich, wenn alle Partialantigene in wirksamer, d. h. aufgeschlossener Form dazu verwandt werden, vielleicht mit Ausschaltung des Giftes (Filtrat, reines Tuberkulin). Gegen die nötigen Partialantigene müssen humorale und zelluläre Partialantikörper erzeugt werden.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Zur Frage der lokalen Disposition der Lungenspitzen für die Entstehung der Phthise. Von Priv.-Doz. Dr. Bacmeister-Freiburg i. Br. Tuberculosis; 1913, Nr. 8.

Die durch Lebensweise, Berufstätigkeit oder Muskelschwäche bedingte Senkung der Apertur-Ebene und Bewegung der Lungenspitzen spielt wahrscheinlich eine weit größere Rolle bei dem Ausbruch der Phthise, als die durch anatomische Veränderungen hervorgerufenen Anomalien des ersten Rippenringes. Die Lungenspitzen sind durch eine generelle Disposition dem Eindrigen von Tuberkelbazillen besonders ausgesetzt. Die in normale Lungenspitzen gelangten Tuberkelbazillen werden in der Regel auf dem Lymphwege entfernt, ohne daß eine Erkrankung in der Spitze eintritt. Eine durch frühere Infektion erworbene relative Immunität kann dabei die Widerstandskraft der normalen Spitzen gegen die Bazillen erhöhen. Ein Haften und Ansiedeln der Tuberkelbazillen erfolgt in den Lungenspitzen erst dann, wenn durch individuale lokale mechanische Verhältnisse die Abfuhr der Bazillen in den Lymphbahnen erschwert ist.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die erbliche Belastung als pathogenetischer Faktor für die Entstehung der Lungentuberkulose und ihre Bedeutung für den Verlauf der Erkrankung. Von Dr. Curschmann-Friedrichshain. Tuberculosis; 1914, Nr. 2.

Man kann das, was man seither als hereditäre Belastung bezeichnet hat, nicht mehr als eine einheitliche Eigenschaft auffassen, sondern es besteht die sogenannte hereditäre Belastung aus mehreren Komponenten. Es müssen zwei Kräfte wirken, von denen die eine leichter zur Erkrankung führt, die andere die Besserung der Erkrankung begünstigt. Das ist nur erklärlich, wenn wir annehmen, daß bei den sogenannten Belasteten eine von den Eltern überkommene oder auch vielleicht durch öftere kleine, wieder überwundene Infektion erworbene immunitätsfördernde Eigenschaft besteht und daß anderseits diese Immunitätsbestrebungen des Organismus infolge der erhöhten Exposition gelegentlich durch massive Infektionen, die zur manifesten Erkrankung führen, gestört werden.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Frühzeitige Erkennung der Tuberkulose und Säuglingsschutz. Von Prof. v. Pirquet-Wien. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1914, Nr. 1.

Von 207 Kindern, die von der Geburt an im tuberkulösen Milieu lebten, blieben nur 7 ohne Symptome; alle übrigen erkrankten an Tuberkulose, und zwar 91 davon tödlich. Es gibt keine völlige Latenz der Säuglingstuberkulose; dieser Umstand erleichtert ihre frühzeitige Erkennung. Bei fortgeschrittener Erkrankung ist die Diagnose gewöhnlich leicht aus den Symptomen zu stellen, im Beginn ist man jedoch hauptsächlich auf die indirekte Erkennung mit Hilfe der Tuberkulinreaktionen angewiesen. Die Erkennung der Säuglingstuberkulose kommt für das betreffende Kind gewöhnlich schon zu spät; ist sie bei einem Säugling gemacht, so heißt es vor allem, das nächste Kind zu schützen. Mit der Zunahme der Erkenntnis der Art und Weise der tuberkulösen Infektion, mit der wachsenden Möglichkeit, Phthisiker aus der Familie in Heilstätten abzugeben, wird die Säuglingstuberkulose schnell abnehmen und ihre Gefährlichkeit ganz wesentlich gemildert werden.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Verhütung der Tuberkulose im jugendlichen Alter (das Antituberkulose-Praeventorium). Von Dr. Mathieu. Revue d'Hygiene; 20. März 1914, Bd. XXXVI, Heft 3.

In der Tuberkulosebekämpfung besteht eine Lücke insofern, als die Jahresklasse vom 14. bis 20. Lebensjahr bisher zu wenig eines Schutzes teilhaftig wird. Um diese Lücke auszufüllen, empfiehlt M. die Einrichtung von Praeventorien, in die nur Tuberkulose bedrohte, aber keine Kranken aufgenommen werden sollen. Der krankheitsbedrohte Körper soll hier gekräftigt werden. Die Anstalt soll in der Form einer ländlichen Kolonie eingerichtet werden. Die jungen Leute würden hier unter ständiger ärztlicher Aufsicht sein und mit Arbeiten je nach ihrer Neigung beschäftigt werden; sie würden hier auch besonders eine hygienische Erziehung genießen. Daß die Abgrenzung der Aufzunehmenden sehr schwierig sein wird, wird zugegeben.

Den größten Teil der Kandidaten werden die Industriezentren stellen. Sehr wichtig ist es, daß die in den Anstalten Aufgenommenen später unter dauernder Aufsicht bleiben, sei es, daß sie den Fürsorgestellen überwiesen, sei es, daß sie so weit gekräftigt sind, daß sie einen Beruf ergreifen oder zum Militärdienst herangezogen werden können. Dr. Dohrn-Hannover.

Die Tuberkulose im Kindesalter, ihre Behandlung und Prophylaxe. Von Prof. Dr. Erich Müller. Aus dem Waisenhause der Stadt Berlin in Rummelsburg. Medizinische Klinik; 1914, Nr. 4.

Die Fälle von ererbter Tuberkulose sind sehr selten und führen in den ersten Wochen zum Tode. Die Tuberkulose wird in nahezu 100% im Kindesalter erworben, wie die Reaktion v. Pirquet zeigt. Alle oder fast alle Säuglinge reagieren neg.; im 12. Jahre haben fast alle Kinder ihre erste Tuberkulose-Infektion hinter sich. Hamburger fand in Wien bei klinisch tuberkulosefreien Kindern im 1. Lebenshalbjahr 0%, im 2. Lebenshalbjahr 5%, im 2. Jahr 9%, im 6. Jahr 50%, im 12. Jahr 95% positiv reagierend. Infektion erfolgt 1. durch die Nahrung, 2. durch die Schmutzinfektion, 3. durch die Einatmung (in ca. 90—95%). In fast allen Fällen von Bronchialdrüsen-Tuberkulose hat sich in den Lungen ein primärer Herd finden lassen. Das Krankheitsbild der akuten Tuberkulose-Infektion kennen wir noch nicht; vielleicht verbirgt sie sich unter dem Bilde der Grippeerkrankungen, Störungen im Allgemeinbefinden ohne nachweisbare Ursachen, des Appetitmangels, blassen Aussehens etc. Um eine Tuberkulose-Infektion bei einem Kinde auszuschließen, empfiehlt sich die Anwendung der Kutanprobe nach Pirquet, bei negativem Ausfall Wiederholung nach 1 Woche, bei ebenfalls negativen Erfolg die Stichreaktion nach Escherich-Schick mit 0,001 Alttuberkulin innerhalb 48 Stunden. Verläuft auch diese negativ, dann ist das Kind frei von Tuberkulose. Auf die Ausführungen über den klinischen Verlauf, Diagnostik und Therapie der Tuberkulose kann hier nicht näher eingegangen werden; es sei noch erwähnt, daß Verfasser von der Tuberkulin-Therapie nur sehr geringe Erfolge gesehen hat. Die Prophylaxe muß 2 Wege berücksichtigen: Uebertragung der Tuberkulose vom Rind (Milch, Fleisch) und der tuberkulösen Umgebung. Die Tuberkulosefürsorge muß darauf ausgehen, die offenen Tuberkulosen aus ihrer Umgebung zu entfernen.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Ein Todesfall infolge von Anwendung des Friedmannschen Tuberkuloseheilmittels. Von Professor Dr. O. Vulpius und Privatdozent Dr. C. Laubenheimer. Deutsche Medizin. Wochenschrift 1914, Nr. 10.

In der Mitteilung berichtet Vulpius, daß er bei 2 Fällen von 46 injizierten Fällen sehr schwere Erscheinungen kurz nach der Injektion des Friedmannschen Tuberkuloseheilmittels hat beobachten können. In einem Falle trat innerhalb 24 Stunden der Tod ein; die klinischen Erscheinungen ließen eine akute Sepsis annehmen. Infolge dieser Zufälle nahm Laubenheimer eine bakteriologische Untersuchung des Friedmannschen Mittels vor. Er kam dabei zu dem sehr auffallenden Ergebnis, daß von 13 untersuchten Ampullen nur 2 Schildkrötentuberkelbazillen in Reinkultur enthielten; die anderen Ampullen zeigten sich bakteriologisch verunreinigt mit Bakterien verschiedener Art, darunter mit pathogenen Keimen — Staphylococcus pyogenus aureus —, die sich im Tierversuch als sehr virulent erwiesen. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Behandlung der Tuberkulose mit Milzsaft. Von Dr. Légrand. Tuberculosis; 1914, Nr. 1.

Der Verfasser gibt einen Ueberblick über die Erfahrungen, welche von verschiedenen Aerzten auf Grund der Angaben von Bayle-Cannes mit der Milzbehandlung gemacht worden sind. Seiner Ansicht nach ermutigen sie in jeder Beziehung zu weiteren Versuchen. Die Behandlung ist sehr einfach, schadet niemals und bringt in vielen Fällen wesentliche Besserung, in nicht wenigen unzweifelhafte Heilung. Nach der Ansicht des Verfassers liegt kein Grund vor, der Methode gegenüber Mißtrauen walten zu lassen; er hofft, daß ihre allgemeine Anwendung schnelle Fortschritte machen wird.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ambulante Tuberkulin-Behandlung in Verbindung mit den Fürsorgestellen. Von Kreisarzt Dr. Manthey-Belzig (Mark). Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1914, Nr. 8.

Verfasser berichtet zunächst über seine Tätigkeit im Ambulatorium, wo 84 Personen in Behandlung genommen wurden, von denen 22 die Kur völlig durchführten. Bei 7 wurde sie aufgegeben, 15 kamen in eine Heilanstalt, 7 wurden gebessert auf Wunsch entlassen, und 33 befinden sich noch in Behandlung. Er empfiehlt sodann die Fürsorgestellen, deren Tätigkeit sich in erster Linie auf die häusliche Fürsorge für die von Aerzten überwiesenen oder auf eigenen Antrieb in der Fürsorgestelle erschienenen Tuberkulösen erstrecken soll. Bei der Tuberkulinkur ist natürlich eine gewisse Uebung erforderlich, deshalb müßten die Aerzte in der Handhabung dieser Kur ausgebildet werden. Als ein weiterer Fortschritt in der Bekämpfung der Tuberkulose würde eine Verbindung der ambulanten Tuberkulinbehandlung mit den Fürsorgestellen zu erblicken sein. Dr. Hoffmann-Berlin.

Ueber die Auswahl für die Volksheilstätten. Von Dr. Grau-Ronsdorf. Tuberkulosis; 1913, Nr. 11.

In die Heilstätten für Versicherte gehört die aktive Tuberkulose hinein, soweit sie einen wirtschaftlichen Dauererfolg erwarten läßt. Dabei ist allerdings der Begriff der aktiven Tuberkulose nicht auf die Fälle mit handgreiflicher klinischer Progredienz zu beschränken, sondern sie muß alle Fälle umfassen, bei denen sich objektive Erscheinungen eines noch nicht zum dauernden Stillstand gekommenen Prozesses zeigen. Ob inaktive Tuberkulose und nichttuberkulöse Erkrankungen der Atmungsorgane (soweit deren Aufnahme nicht geradezu kontrandiziert ist), in den Heilstätten Aufnahme finden sollen, ist lediglich eine Raumfrage. Die Methode der Auslese ist bei den verschiedenen Versicherungsanstalten verschieden. Das Ideal stellt zweifellos eine Zentralstation dar, ein Tuberkulose-Krankenhaus, durch das alle von der Versicherungsanstalt auszusendenden Fälle hindurchgehen. Ein anderes System bewirkt eine Voruntersuchung durch geübte Obergutachter, ferner eine Sichtung durch Vor- und Durchgangsstationen. Auch dieses System führt, wie z. B. die Erfahrung bei der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz gelehrt hat, zu guten Erfolgen. Die erste und wichtigste Aufgabe ist die Ausscheidung der Nichttuberkulösen. Die Auswahl der geeigneten Tuberkulösen darf neben der klinischen Untersuchung auch die Würdigung der sozialen Faktoren nicht außer acht lassen. Unter diesem Gesichtspunkte sind auch die Begleiterkrankungen der Tuberkulose zu bewerten. Von großer Bedeutung ist die Kenntnis der sekundären Wirkungen der Tuberkulose auf die einzelnen Organsysteme. Die nicht tuberkulösen Organkomplikationen sind in doppelter Weise zu bewerten, einmal, soweit sie die Tuberkulose an sich ungünstig beeinflussen — organische Magen-, Darm-, Bluterkrankungen u. a. — dann aber auch nach dem Einfluß, den sie allein oder im Verein mit der Tuberkulose auf die Arbeitsfähigkeit des Kranken haben. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Arbeitsplätze für tuberkulöse Invalide. Von Dr. Neuberg-Linden. Tuberkulosis; 1914, Nr. 2.

In den meisten Fällen liegt zwischen Eintritt der Invalidität im Sinne des Gesetzes und dem eventuell tödlichen Ausgang des Leidens eine Zeit von Monaten oder Jahren, in der der Patient leichte Arbeit sehr wohl verrichten kann auf einem Arbeitsplatze, der ausschließlich diesem Zwecke dient. Die Arbeit wird im Freien oder in geeigneten Räumen verrichtet, vielleicht nur in Döckerschen Baracken. Sie erhalten einen bestimmten Stundenlohn, eventuell auch einen Zuschuß, der sich nach der Größe der Familie richtet. Außerdem könnte man ihnen für billiges Geld ein Mittagessen liefern. Geeignete Räume zum Ausruhen, eventuell auch Baracken, müßten vorhanden sein. Abends kehren die Invaliden in ihre Wohnung zurück. Betreffs ihres Gesundheitszustandes, Dauer der Arbeitstätigkeit etc. würden die Patienten ärztlich kontrolliert werden, etwa von den Fürsorgeärzten. Im Sommer könnten die Kranken mit Gartenarbeit beschäftigt werden. Im Winter aber, wo die Arbeiten in geschlossenen Räumen verrichtet werden müssen, sind die meisten

Beschäftigungsarten zu staubig. Man müßte natürlich solche Beschäftigungen wählen, deren Erzeugnisse sich vor dem Vertrieb keimfrei machen lassen können. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Nachtrag zu der Abhandlung: „Arsa-Lecin nur Heilmittel“

(s. Seite 689).

Der Artikel „Arsa-Lecin nur Heilmittel“ war bereits abgeschlossen und der betreffende Bogen gedruckt, als der Herausgeber vom Herrn Justizrat Dr. Max **Gabriel**, Rechtsanwalt beim Königl. Kammergericht in Berlin, die nachfolgende Zuschrift erhielt, in der die Schlußfolgerung in dem Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation, daß das Arsa-Lecin dem freien Verkehr entzogen sei, auch vom juristischen Standpunkte aus beanstandet wird. Die Zuschrift lautet:

Berlin, den 1. Oktober 1914.

„In Nr. 67 der „Apotheker-Zeitung“ finde ich das Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen vom 8. Juli 1914. Dieses Gutachten enthält in Satz 3 des Ergebnisses einen logischen Fehler.

Die Wissenschaftliche Deputation folgt im Anfang des Gutachtens mit Recht der kammergerichtlichen Rechtsprechung; danach

> „ist für die Anwendung des § 1 der Kaiserlichen Verordnung nicht entscheidend, ob die Arznei nach der Auffassung der Sachverständigen ein Heilmittel ist, sondern ob sie als solches feilgehalten oder verkauft wird.“

Die Freiverkäuflichkeit wird also nicht von der objektiven Beschaffenheit der Zubereitung beeinflußt, sondern von dem Zweck, zu welchem die Zubereitung im einzelnen Fall verordnet, feilgehalten oder abgegeben wird.

Hiernach ist eine unrichtige Folgerung, wenn die Wissenschaftliche Deputation am Ende des Gutachtens aus der Eignung des Mittels als Heilmittel (Satz 2) den Schluß zieht, daß das Mittel („infolgedessen“, Satz 3) dem freien Verkehr entzogen ist.

Beizupflichten ist der Ausführung der Wissenschaftlichen Deputation, daß die bloße Bezeichnung eines Mittels als „Kräftigungsmittels“ nicht imstande ist, dem Mittel diesen Charakter zu geben. Die Rechtsprechung hat in allen Fällen, wo mit der falschen Bezeichnung eine Umgehung der Absichten des Gesetzgebers bezweckt wurde, mit vollem Recht die Verurteilung der Drogisten ausgesprochen, hat auch den Eventual-Dolus herangezogen und sogar angeführt: „Es genüge, wenn der verkaufende Drogist mit der Möglichkeit gerechnet hat, daß die Käufer es zu Heilzwecken verwenden würden.“

Dieser Eventual-Dolos ist aber regelmäßig ausgeschlossen, wenn ein Arzt das Mittel als Kräftigungsmittel verordnet. Kassenärzte haben z. B. vielfach Eisentinktur als Kräftigungsmittel verschrieben. In einem Strafprozeß gegen den Geschäfts-

führer der Krankenkasse, der das Mittel abgegeben hatte, stellten sich zwei ärztliche Sachverständige auf den Standpunkt, daß die Eisentinktur nur als Heilmittel gelten könne, während zwei — völlig unbefangene — Aerzte (Universitäts-Professoren) den entgegengesetzten Standpunkt vertraten, daß die Eisentinktur auch als Kräftigungsmittel gelten könne. Ebenso bekundeten die beiden als Zeugen vernommenen Kassenärzte, daß sie die Eisentinktur in den vorliegenden Fällen als Kräftigungsmittel verschrieben hatten.

In solchen Fällen kann von einer Umgehung keine Rede sein, und es muß — nach der Rechtsprechung des Kammergerichts, die im Wortlaut der Kaiserlichen Verordnung begründet ist — die Freiverkäuflichkeit festgestellt werden.

Der Satz 3 des Gutachtens der Wissenschaftlichen Deputation ist also unrichtig; er hat auch keinen Anspruch auf Autorität, weil nur Satz 1 und 2 ein technisches, Satz 3 dagegen ein juristisches Gutachten darstellt."

Der Herausgeber der Zeitschrift befindet sich also mit seiner Ansicht ebenso wie die Apothekerzeitung mit ihrer Ansicht in ganz guter Gesellschaft; es wird nun abzuwarten sein, welche von beiden Ansichten vorkommendenfalls von dem höchsten Gerichtshofe als zutreffend anerkannt wird.

Tagesnachrichten.

Hygienische Besichtigungsreise nach Ostpreußen. Im Auftrage des Ministers des Innern haben sich Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner, Geh. Med.-Rat Dr. Krohne und Reg.-Rat v. Kries nach Ostpreußen begeben, um sich über die Folgewirkungen der Schlachten und der Besetzung durch die Russen in sanitärer Beziehung an Ort und Stelle zu unterrichten und gegen eingetretene Mißstände geeignete Abhilfsmaßregeln vorzubereiten. An der am 2. d. M. in Königsberg im Oberpräsidium abgehaltenen Besprechung haben außer den vorgenannten Herren Vertreter des Oberpräsidiums und der Regierung sowie der Landeshauptmann und der Präsident des Reichsversicherungsamtes teilgenommen. An die Besprechung schloß sich eine Besichtigung der besonders schwer heimgesuchten Ortschaften der Reg.-Bezirke Königsberg, Gumbinnen und Allenstein an.

Die Zahl der **einberufenen Medizinalbeamten** ist nach den dem Herausgeber der Zeitschrift von zuständiger Seite gemachten Mitteilungen eine verhältnismäßig recht hohe, namentlich in einzelnen Bundesstaaten, wo sie fast ein Drittel aller beamteten Aerzte erreicht, im Fürstentum Waldeck sogar 60%. Die Gesamtzahl beträgt 240 — aus 6 Bezirke bezw. Bundesstaaten steht eine Mitteilung noch aus —; davon entfallen auf Preußen: 182 (aus einem Reg.-Bezirk fehlt noch die Angabe), auf Bayern: 15 (aus zwei Reg.-Bez. fehlen die Angaben), Königreich Sachsen: 10, Württemberg: 1 (hier sind alle Oberamtsärzte als unabkömmlich erklärt, Baden: 6, Hessen (Angabe steht noch aus), Mecklenburg-Schwerin: 4, Mecklenburg-Strelitz: —, Oldenburg: 1, Sachsen-Weimar: 4, Braunschweig: 3, Anhalt: 1, Sachsen-Altenburg: —, Sachsen-Coburg-Gotha: 1, Sachsen-Meiningen: 2, Schwarzburg-Rudolstadt (Angabe fehlt), Schwarzburg-Sondershausen: —, Waldeck-Pyrmont: 3, Reuß ä. L.: —, Reuß j. L.: —, Schaumburg-Lippe: —, Lippe: 1, Lübeck: —,

Bremen: 4, Hamburg: 2 (außerdem 43 Schul-, Polizei- usw. Aerzte), Elsaß-Lothringen: (genaue Angabe nicht möglich). Außerdem sind aber noch eine große Anzahl von Medizinalbeamten in ihren Wohnorten als Leiter oder ordinierende Aerzte von Reservelazaretten, Leiter von Vereinslazaretten usw. im Sanitätsdienste tätig.

Ehrentafel: Das **Eiserne Kreuz** haben bisher, soweit der Redaktion bekannt geworden ist, folgende **66 im Felde stehende Aerzte** erhalten: Ass.-Arzt Dr. Kurt Friedrich Albrecht aus Hannover, Stabsarzt der Res. Dr. Bauer aus Rothenfelde (Reg.-Bez. Osnabrück), Stabsarzt d. L. Dr. Carl Becker, Bezirksarzt in München, Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. Bock aus Berlin, Stabsarzt der Res. Dr. Franz Böck aus München, Stabsarzt der Res. Dr. Boehm in Schleswig, Stabsarzt der Res. Dr. Büchner aus Gießen, Oberarzt der Res. Dr. Bürger aus Hartha bei Doebeln (Königr. Sachsen), Stabsarzt der Res. Dr. Dieck aus Osterode im Harz, Stabsarzt der Res. Dr. Albert Dreifuss aus Hamburg, Oberstabsarzt d. Res. Prof. Dr. v. Drigalski, Stadtarzt in Halle a. S., Oberarzt der Res. Dr. Ernst Dünzelmann aus Leipzig, Stabsarzt der Res. Dr. Engel aus Minden i. W., Stabsarzt der Res. Dr. Fromme, Kreisarzt in Frankfurt a. M., Stabsarzt der Res. und Reg.-Arzt Dr. Gagzow aus Lübeck, Geh. Med. Prof. Dr. Garré aus Bonn, Oberarzt der Res. Dr. Graff aus Herford, Prof. Dr. Graser aus Erlangen, Oberstabsarzt Dr. Guttmann aus Berlin-Wilmersdorf, Stabsarzt der Res. Johannes Hartmann, Frauenarzt in Leipzig, Ass.-Arzt der Res. Dr. Hesselt aus Gelsenkirchen, Feldunterarzt Dr. Hibben aus Leer, Generaloberarzt Dr. Hopfengärtner aus Stuttgart, Stabsarzt der Res. Dr. Ittameier aus Leipzig, Ass.-Arzt der Res. Dr. Max Kirschner aus Berlin, Stabsarzt der Res. Klages aus Hannover, Prof. Dr. Köppe aus Gießen, Generalarzt der Res. Geh. San.-Rat Prof. Dr. Kümmel aus Hamburg, Stabsarzt der Res. Dr. Ladendorf aus St. Andreasberg im Harz, Stabsarzt Dr. Langfeld aus Koblenz, Stabsarzt der Res. Dr. Laup aus Minden i. W., Korps- und Generalarzt Dr. Leopold in Breslau, Stabsarzt der Res. Dr. Ernst Levy aus Stuttgart, Stabsarzt Dr. Luerssen aus Schneidemühl, Stabsarzt der Res. Dr. Mendelsohn aus Berlin-Friedenau, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Müller aus Rostock, Ass.-Arzt der Res. Dr. Muschallik aus Oppeln, Generalarzt der Res. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Pfeiffer aus Breslau, Stabsarzt Dr. Pietzner aus Lublinitz i. Schles., Stabsarzt der Res. Dr. Poly aus Würzburg, Oberarzt der Res. Dr. Pomy aus Oslebshausen bei Bremen, Stabsarzt der Res. Dr. Pullmann aus Offenbach a. M., Oberstabs- und Reg.-Arzt d. L. Dr. Rees aus Albersweiler (Pfalz), Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. Reischauer aus Metz, Oberstabsarzt Dr. Ridder aus Falkenstein i. Taunus, Oberstabsarzt der Res. Prof. Dr. Riese aus Berlin-Lichterfelde, Prof. Dr. Roemer aus Straßburg i. Els., Oberarzt d. Res. Dr. Röpke aus Brinkum bei Bremen, Stabsarzt der Res. Dr. Salberg aus Steele bei Essen a. Ruhr, Stabsarzt d. L. Dr. Karl Schelter aus Nürnberg, Stabsarzt der Res. Dr. Otto Schütz aus Prödel bei Leipzig, Generalober- und Divis.-Arzt Dr. Siems aus Chemnitz, Oberstabsarzt der Landwehr Dr. Silbach aus Siegburg (Rheinland), Stabsarzt d. L. Dr. Sommer aus Bernburg, Oberarzt der Res. Dr. Walter Stark aus Stuttgart, Stabsarzt d. L. Dr. Strecker aus Hannover, Stabsarzt der Res. Dr. John Thies, Frauenarzt in Leipzig, Oberarzt der Res. Dr. Tinnefeld aus Bottrop (Reg.-Bez. Münster), Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. Thöle aus Hannover, Stabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Wachsen aus Brietz bei Berlin, Ass.-Arzt Dr. Hans Wagner aus Ulm, Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. Waldeyer aus Minden i. W., Stabsarzt der Res. Dr. August Wegener aus Clausthal i. Harz, Oberarzt der Res. Dr. Karl Wenzel aus Cöln-Ehrenfeld, Stabsarzt der Res. Dr. Wiedersheim aus Hemigkofen (Württemberg), Stabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Dr. Zelle, Kreisarzt in Oppeln.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gestorben sind seit Beginn des Feldzuges die **Aerzte:** Ass.-Arzt der Res. Dr. Karl **Ammermann** aus Brake i. Oldenburg, Ass.-Arzt der Res. Dr. Woldemar Arnold aus Leisnig i. Königr. Sachsen, Stabsarzt d. Res. Dr. Willy Bänsch aus Breslau, Marinestabsarzt der Res. Dr. Ritter v. Boxberger aus Bad Kissingen (auf See),

Oberarzt Dr. Brian aus Cöln a. Rh., Stabsarzt Dr. Dehmel und Stabsarzt der Res. Dr. Dorn aus Saarlouis, die Feldunterärzte Eicke und Siegbert Frost aus Breslau, Feldunterarzt Fuchs aus Liegnitz, San.-Rat Dr. Gottschalk aus Frankfurt a. M., Marineassistenzarzt der Res. Dr. Hans Grimm aus Hooksiel (Oldenburg) (auf See), Oberarzt der Res. Dr. Alfred Gutbier aus Chemnitz, Ass.-Arzt Dr. Wilhelm Hammer aus Bitsch, Ass.-Arzt der Res. Dr. Ernst Heimann aus Duisburg, Ass.-Arzt Dr. Heußner aus Bonn, Stabsarzt Dr. Heyer aus Darmstadt, Feldunterarzt Ludwig Jacobi aus Reibnitz bei Görlitz, Stabsarzt der Res. San.-Rat Dr. Jacke aus Fürstenwalde, Unterarzt Dr. Köhler aus Graudenz, Oberarzt der Res. Dr. Carl Koch aus Brand-Erbisdorf bei Freiberg in Sachsen, Oberarzt der Res. Dr. Koegel, leitender Arzt der Heilstätte Albertsberg (Königr. Sachsen), Korps- und Generalarzt Dr. Korsch aus Posen, Dr. Kern aus Windsbach (Bayern), Ass.-Arzt der Res. Dr. Julius Kramer aus Berlin, Feldunterarzt Dr. Paul Kühl aus Wolgast (Pommern), Stabsarzt der Res. Dr. Lauck aus Ellingen (Bayern), Stabsarzt der Res. San.-Rat Dr. Maiweg aus Langendreer (Reg.-Bez. Arnsberg), Stabsarzt d. L. Dr. Werner Meyer aus Groß-Burgdorf bei Hannover, Oberarzt der Res. Dr. Meyer-Betz, Privatdozent in Königsberg i. Pr., Stabsarzt d. L. Dr. Mislowitzer aus Schneidemühl, einj.-freiw. Arzt Molkenbuhr (auf See), Stabsarzt d. Res. Dr. Hans Mrugowsky aus Rathenow, Stabsarzt Dr. E. Müller aus Bamberg, Feldunterarzt Martin Neumeister aus Stettin, Feldunterarzt Emil Overhof aus Kiel, Ass. der Res. Dr. Paradies aus Berlin-Steglitz, Spezialarzt Dr. Paulßen aus Dresden, Stabsarzt d. L. Dr. Pauly aus Neidenburg (Ostpreußen), Oberarzt der Res. Dr. Olaf Riis aus Tingleff (Schleswig-Holstein), Stabsarzt d. L. Dr. Eduard Romberg aus Braubach a. Rh., Stabsarzt der Res. Dr. Felix Rosenberger aus Mülheim a. Mosel, Oberarzt d. Res. Dr. Hans Rosenthal, Oberstabsarzt d. L. Dr. Sauberzweig aus Balingen (Württemberg), Stabsarzt Dr. Scherschmidt aus Magdeburg, Stabsarzt der Res. Dr. Paul Schmidt aus Berlin, Oberstabs- u. Reg.-Arzt Dr. Schmitt aus Bamberg, Stabsarzt d. R. Dr. Franz Seiler aus Gersheim (Pfalz), Marineassistenzarzt Dr. Seyberlich (auf See), Oberarzt der Res. Dr. Otto Suchsland aus Eisleben, Oberarzt Dr. Max Stamer aus Reutlingen (Württemberg), Marinestabsarzt d. L. Dr. Straßner aus Frankfurt a. M. (auf See), Stabsarzt d. L. Dr. Richard Timmermann aus Hannover, Assistenzarzt der Res. Dr. Hans Vogt aus Berlin, Feldunterarzt Heintz Weltz, Feldunterarzt Wertheim, Oberarzt Dr. Otto Wieck aus Berlin-Grunewald, Stabsarzt Dr. Xylander aus Dresden.

Im ganzen haben also bisher schon 58 Aerzte den Tod für das Vaterland erlitten, das ist im Vergleich zu den Verlusten in dem deutsch-französischen Kriege 1870/71 eine außerordentlich hohe Ziffer; denn hier sind während des ganzen Feldzuges nur 66 Aerzte gestorben und davon auf dem Schlachtfelde nur 11 (einschließlich der später an erhaltenen Wunden Gestorbenen [2]) gefallen; während die übrigen (55) teils Infektionskrankheiten (25), teils anderen Krankheiten (30) erlegen sind. Dieses ungünstige Verhältnis bleibt, auch wenn man annehmen muß, daß diesmal mehr als die doppelte Zahl Aerzte (9000—10000 gegen 4062 im Feldzug 1870/71) im Felde stehen.

Verzicht auf englische Auszeichnungen. Infolge des dem Deutschen Reiche in niederträchtiger Weise namentlich von England aufgedrungenen Krieges haben eine große Anzahl von Gelehrten, darunter auch viele Aerxte, z. B. Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner (Berlin), Wirkl. Geh. Rat Prof. Dr. Gaffky (Hannover), Prof. Dr. Gerber (Würzburg), Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Leßer (Breslau) usw. auf die ihnen verliehenen englischen Auszeichnungen verzichtet.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 23. August bis 12. September 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rotz, Rückfallfieber, Aussatz, Tollwut, Fleckfieber, Pocken: — (—), — (—), — (—); Milzbrand: 5 (1), 1 (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere:

— (—), — (—), 3 (—); Unterleibstyphus: 298 (42), 311 (82), 361 (36); Ruhr: 47 (5), 146 (4), 153 (21); Diphtherie: 1056 (76), 1296 (90), 1375 (93); Scharlach: 1183 (51), 1511 (71), 1531 (62); Kindbettfieber: 61 (13), 87 (20), 86 (20); Genickstarre: 2 (2), 3 (5), 2 (1); spinaler Kinderlähmung: 6 (1), 8 (2), 6 (1); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 180 (1), 5 (—), — (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 30, 27, 20; Tuberkulose (gestorben): 607, 533, 620.

Pest. In der Türkei (Mesopotamien) sind an der Pest erkrankt (gestorben) vom 13. Juli bis 8. September: 12 (3); seit März d. J.: 39 (21); in Griechenland (Piräus) bis zum 28. August: 22 (4); in Aegypten vom 25. Juli bis 4. September: 17 (5); in Britisch-Ostafrika im Juni: 1; in Niederländisch-Indien vom 15.—28. Juli: 599 (511), vom 29. Juli bis 25. August: 1057 (941); ; in Nordamerika (Neu-Orleans) vom 28. Juni bis 27. Juli: 13, in Brasilien vom 1. Mai bis 25. Juli: 10 (7), in Cuba vom 4.—14. August 7 (2), in Ekuador im Mai und Juni: 3 (1), 3 (2).

Cholera. 4 Choleraerkrankungen sind in Ungarn durch Einschleppung von Rußland her festgestellt, auch in den dortigen Kriegsgefangenenlagern sind mehrere Cholerafälle festgestellt; In Rußland sind im Gouvernement Podolien vom 19. bis 24. August 104 Personen an der Cholora erkrankt und 98 gestorben, in der Türkei von März bis 24. Juli 12 (6), in Straits-Settlements (Singapore) vom 31. Mai bis 27. Juni: 60 (52).

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. Sch. in C.: Ist der vollbesoldete Kreisarzt verpflichtet, die für die Tätigkeit als gerichtlicher Sachverständiger bei Kriegsgerichten erhobenen Gebühren an die Staatskasse abzuführen?

Antwort: Ja, da für die Kriegsgerichte nach den §§ 205 und 206 der Militär-Str.-Proz-O. vom 1. Dezember 1898 die Reichsgebührenordnung und damit auch das Gesetz, betr. die Gebühren der Medizinalbeamten vom 14. Juli 1909, maßgebend ist.

Anfrage des Bezirksarztes Dr. H. in Sch.: Dürfen bayerische Apotheker von Kurpfuschern ausgestellte Rezepte anfertigen, die u. a. Kalium bromatum enthalten, oder nach von gleicher Seite stammender Anweisung Aspirin abgeben?

Antwort: Ja; denn ebenso wie in anderen Bundesstaaten dürfen auch in Bayern die Apotheker nach § 40 Ziff. 2 der Königl. Verordnung vom 27. Juni 1913, betr. Regelung des Apothekenwesens, die im Verzeichnis der starkwirkenden Arzneien nicht enthaltenen Arzneimittel auch zu Heilzwecken im Handverkauf, also auf nicht ärztliche Verordnung abgeben; Aspirin und Kalium bromatum sind aber in diesem Verzeichnis nicht aufgeführt [s. Bundesratsbeschlüsse vom 13. Mai 1896, 22. März 1898, 11. Oktober 1899 und 6. Februar 1908 (in Bayern durch Allerh. Verordnungen vom 22. Juli 1906, 6. Juni 1898, 11. Januar 1900, 31. März 1901, 24. Februar 1906, 10. März 1908 eingeführt)].

Nachsendung der Zeitschriften an die einberufenen Medizinalbeamten.

Diejenigen Medizinalbeamten und sonstigen Abonnenten der Zeitschrift, die diese ins Feld oder an ihren jetzigen Einberufungsort nachgeschickt wünschen, brauchen ihre genaue Adresse nur der Expedition der Zeitschrift (Hofbuchdruckerei J. C. C. Bruns, Minden i. W.) mitzuteilen, dann erfolgt die Zusendung unentgeltlich unter Kreuzband.

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 20. Ausgegeben am 20. Oktober 1914.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 19.

und Beilage: Berichte aus Versammlungen V.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Ritterkreuzes I. Klasse des Königlich Sächsischen Albrechtsordens: dem Oberstabs- u. Reg.-Arzt Dr. Becker, kommandiert zum Garnisonlazarett in Koblenz.

Ernannt: Der Assistenzarzt Dr. Moebius in Zeven zum Kreisarzt in Putzig, Prof. Dr. Raecke, Oberarzt an der städtischen Irrenanstalt, Professor Dr. August Knoblauch, Direktor des städtischen Siechenhauses, Dr. Heinrich v. Mettenheimer, Direktor der Kinderklinik am städtischen Krankenhause, zu außerordentlichen Professoren; die Mitglieder des Instituts für experimentelle Therapie Prof. Dr. Apolant und Prof. Dr. Sachs zu außerordentlichen Honorarprofessoren in der medizinischen Fakultät der Universität in Frankfurt a. M.

In den Ruhestand getreten: Geh. Med.-Rat Dr. Prawitz, Kreisarzt in Brandenburg a. Hav.

Gestorben: Geh. San.-Rat Dr. Alexander Schlesinger in Charlottenburg, San.-Rat Dr. Gustav König in Bergen bei Celle, San.-Rat Dr. Hermann Engel in Breslau, San.-Rat Dr. Hellweger in Rügenwalde, Feldunterarzt Dr. Nolte aus Bracke (Oldenburg) in Minden i. W., Dr. Carl Frensdorff in Hannover.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel eines Sanitätsrats: dem Arzt Dr. Josef Kastl in Vilsbiburg.

Gestorben: Oberstabsarzt a. D. Dr. E. v. Vairrennes-Mondasse und Dr. L. Döderlein in München.

Königreich Sachsen.

Ernannt: Dr. Alfr. Bruno Rösler in Leipzig zum Bezirksassistenzarzt für den Medizinalbezirk Leipzig-Land.

Gestorben: San.-Rat Dr. Klopfer in Zwickau, Dr. Josef Eisenberg in Leipzig, Dr. Knoefel in Dresden.

Grossherzogtum Hessen.

Gestorben: Dr. Eiler in Rüsselheim.

27. Jahrg. | 1914.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt
für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In und Auslandes entgegen.

Nr. 20.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Okt.

Eine Beobachtung von gesundheitsgefährlichen Erschütterungen einer Stadtgegend.

Von Kreisarzt Dr. Schreber in Bunzlau.

Ueber gesundheitsgefährliche Gerüche und Geräusche, letztere auch in Verbindung mit geringfügigen Erschütterungen, ist mehrfach berichtet worden.[1]) Daß aber allein durch Erschütterungen die Gesundheit der Bewohner einer abgegrenzten Stadtgegend mehrere Monate hindurch in hohem Grade gefährdet worden ist, ist wohl bisher noch nicht beobachtet worden, wenigstens habe ich in den von mir daraufhin durchgesehenen zahlreichen einschlägigen Werken nichts gefunden. Nachfolgende Beobachtung dürfte daher ein gewisses Interesse beanspruchen, zumal ich auch zugleich über eine bisher noch nicht bekannte Vorkehrungsmaßnahme zur größtmöglichen Verhütung solcher Erschütterungen berichten kann.

Ende April 1913 stellte eine große Aktiengesellschaft in

[1]) Gesundheitswesen des Preußischen Staates; ferner A. Leppmann; Aerztliche Sachverständigen-Zeitung, 1899, Nr. 2, und Dr. Granier; ebenda, 1906, Nr. 15 sowie Medizinal-Archiv für das Deutsche Reich; I, 1910.

Bunzlau einen verhältnismäßig sehr großen Explosionsmotor (Dieselmotor) auf, der bei etwa 340 bis 360 Umdrehungen in einer Minute 800 bis 1000 Pferdekräfte zu entwickeln in der Lage ist. Dieser Motor mit allen seinen zugehörigen Nebenmaschinen und seinem etwa 5 m im Durchmesser haltenden, sehr schweren Schwungrade ruht auf einem 4 zu 6 m großen Fundamente, das eine Stärke von 5 m hat und das außer mehreren dicken Beton- und Steinschichten auch eine erheblich dicke Korkschicht enthält. Durch die Stöße des liegenden Motors wird sein einen großen Block bildendes Fundament in gleichmäßige, den Touren des Motors entsprechende, schwingende Bewegungen versetzt, die sich auf das aufliegende Erdreich und dessen Umgebung übertragen.

Der Motor befindet sich in einem besonderen, für ihn errichteten, hohen, massiven Gebäude, das in nächster Nähe des Mühlgrabens an dessen westlichem Ufer erbaut ist.

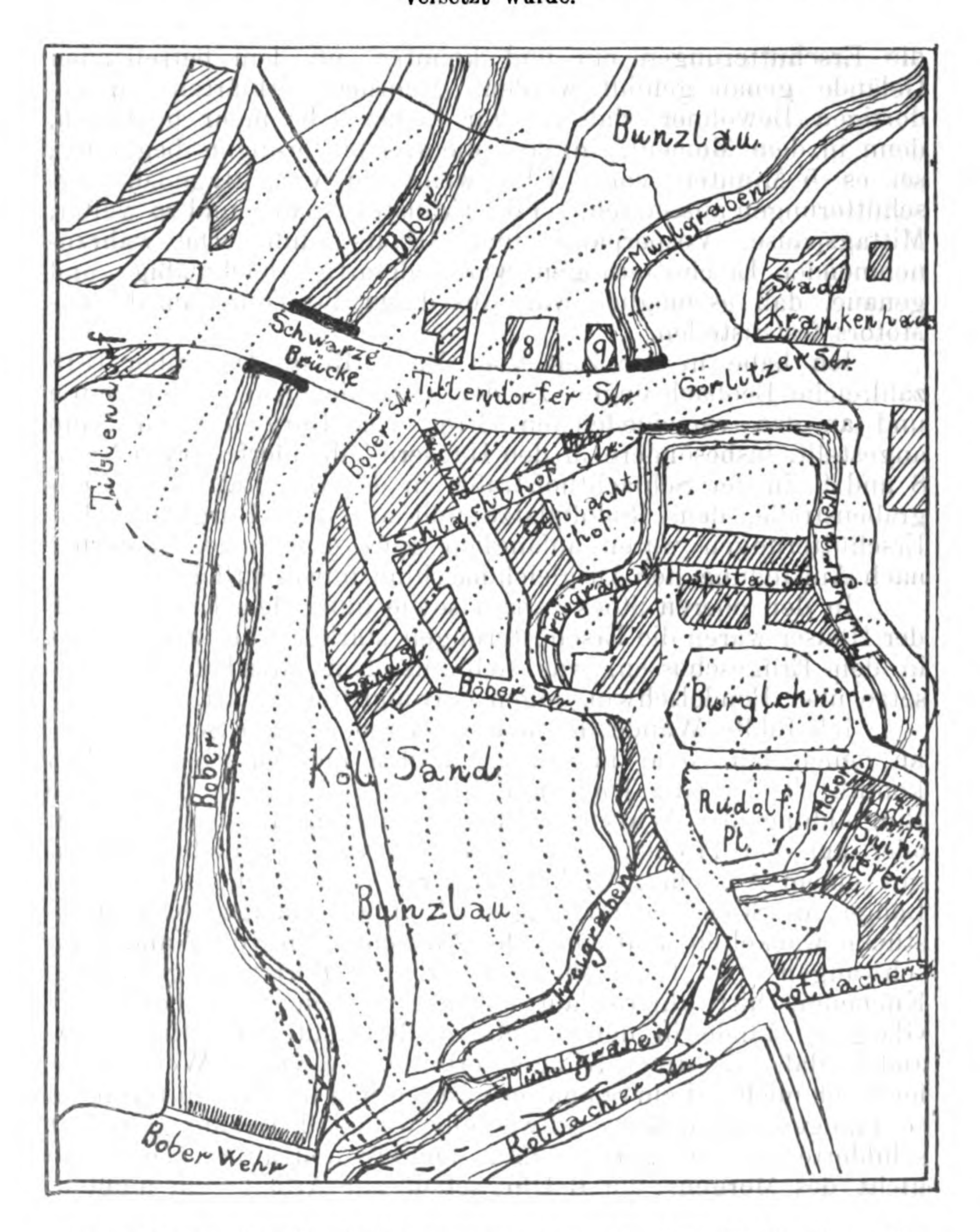
Das Gelände, auf dem die großen Fabrikgebäude mit ihren vielen Arbeitssälen, Vorratsräumen und den Warenniederlagen errichtet sind, besteht zum größten Teil aus angeschwemmtem Lande. In der Gegend von Bunzlau beginnt die geologische Formation des Bober Katzbachgebirges; es finden sich hier zahlreiche muldenförmige Vertiefungen in den oberen Erdschichten, die teils Tonansammlungen — sogenannte Tonnester —, teils sehr stark wasserhaltige Sandansammlungen mit Letteeinschlag enthalten. Zwischen Mühlgraben und Bober hat sich Schwemmland gebildet, das von dem Freigraben durchflossen wird. Hier haben sich seit vielen Jahrzehnten kleine Arbeiterfamilien angesiedelt. Die Gegend zwischen Mühlgraben und Freigraben heißt Burglehn, die zwischen Freigraben und Bober wird Sand genannt (vergl. die nebenstehende Skizze, die nur einen kleinen, westlichen Teil der Stadt Bunzlau zeigt). Das Erdreich hat daselbst eine etwa 25—40 cm tiefe Humusschicht; es folgt eine $2^1/_2$—4 m starke Sandschicht mit mehr oder weniger großen Kieselsteinen durchsetzt. Dann kommt letteartiger, rotbrauner bis grünlichgrauer, aufquellender Boden (Schieferton) in wechselnder Stärke von 2—4 m; in einer ungefähren Tiefe von 8 m findet sich ungemein wasserhaltiger Sand, sogenannter Schliefsand, der auf felsiger Unterlage — Sandstein — ruht.

Die sehr erheblichen Fundamentsschwingungen des Motors der betreffenden Aktiengesellschaft übertrugen sich nun unglücklicherweise auf diese von allen Seiten fest umschlossene Schliefsandschicht, so daß sich in dem Wasser die Druckverhältnisse nach allen Seiten hin unvermindert fortpflanzen mußten, wodurch dann das gesamte darüber liegende Erdreich und selbstverständlich die darauf errichteten Gebäude usw. mehr oder weniger stark erschüttert wurden.

Der Bober, der hier nur eine stellenweise Tiefe von $^1/_2$ bis 2 m aufweist, der Freigraben und der Mühlgraben, die durchschnittlich $1^1/_2$—$2^1/_2$ m tief sind, bildeten kein Hindernis für die

Lageplan des westlichsten Stadtteils von Bunzlau.

Das mit punktierten Kurven bezeichnete Gebiet stellt die Gegend dar, die durch die Inbetriebnahme des Motors in gesundheitsgefährliche Erschütterungen versetzt wurde.



Ausbreitung der Erschütterungswellen, da ihre Flußbetten der Schliefsandschicht aufliegen.

Die Ausdehnung der Mulde, in der sich die Schliefsandschicht angesammelt hat, ist verhältnismäßig recht groß (sie ist in vorstehender Skizze durch eine punktierte Linie umgrenzt). Wurden doch in Häusern Erschütterungen wahrgenommen, die

über 500 m in der Luftlinie von dem Maschinenhause der Aktiengesellschaft entfernt lagen.

Bis vor Inbetriebnahme des Motors war die Gegend von Burglehn und Sand frei von wahrnehmbaren Erschütterungen. Mit dem Tage der Eröffnung des Motorbetriebes stellten sich die Erschütterungen ein und konnten auf dem betreffenden Gelände genau gefühlt werden. Mehrmals erklärten mir die dortigen Bewohner, daß sie gar keiner Uhr mehr bedürften, denn in dem Moment, in dem die Erschütterungen begännen, sei es 5 Minuten vor 6 Uhr, wenn am Vormittage die Erschütterungen aussetzten, sei die Frühstückspause und so weiter, Mittagspause, Vesperpause und Arbeitsschluß. Die wahrzunehmenden Erschütterungen waren derartig gleichmäßige und genaue, daß es möglich war, aus ihnen die Tourenanzahl des Motors festzustellen.

Ich habe in der Zeit vom Mai 1913 bis Dezember 1913 zahlreiche Beobachtungen zu den verschiedensten Tageszeiten und an den verschiedensten Orten von Burglehn und Sand angestellt, insbesondere in den Häusern Tillendorferstraße Nr. 1, 8 und 9, in der Schlachthofstraße, in der Hospitalstraße, Freigrabenstraße, dem Rudolfplatze und auf dem Burglehn. Die Erschütterungen waren anfänglich ganz erhebliche, späterhin nach Aufstellung der Ausgleichmaschine unwesentliche.

In den oberen Stockwerken sowie unter dem Dachgeschoß der Häuser waren die Erschütterungen stärker wahrnehmbar als in den Erdgeschossen, was sich aus dem physikalischen Gesetze über Pendelschwingungen einwandsfrei erklärt.

Ich fühlte Wände deutlich vibrieren, ebenso Schornsteine, an denen ich sogar in einigen Fällen die Ausschläge sehen konnte. Teller oder Töpfe mit Wasser gefüllt, zeigten deutliche Ringbildung der Wasseroberfläche; Blumen an den Fenstern oder auf den Tischen wiesen ein grob wahrnehmliches Zittern mit einem Ausschlagswinkel bis zirka 5 mm auf, je nach der Länge des Stieles oder Zweiges. Frei aufgehängte Kleidungsstücke wackelten deutlich. Die Aufziehketten von Wanduhren schwangen etwa 1 cm hin und her. An Börten aufgehängtes Küchengeschirr klirrte laut; ebenso stießen Weingläser und Glasgegenstände in den Schränken der Leute so heftig aneinander, daß ein stetes Klingen ertönte. In vielen Wohnungen legte ich mich auf ein Sopha; es wirkten hier die Erschütterungen so unangenehm, daß mir schwindelig wurde. Durchaus glaubhaft schilderten mir mehrere gesunde jüngere und ältere Leute, die nicht des Morgens um 6 Uhr schon zur Arbeit sein mußten, daß sie nach Einsetzen der taktmäßigen, andauernden Erschütterungen nicht weiter schlafen könnten, daß selbst die kleinen Kinder aufwachten und daß sie deshalb in ihrer Ruhe sehr geschädigt würden. Einige Personen erklärten mir, daß sie infolge der Erschütterungen ihrer Betten seekrank geworden seien. Eine Wöchnerin klagte über die lebhaftesten Beschwerden. Ein herzkranker Arbeiter, der im Dachgeschoß

des Hauses Tillendorferstraße Nr. 8 wohnte und dem ärztlicherseits Bettruhe angeraten war, mußte sich in das Erdgeschoß begeben, weil er in seiner Wohnung immer aufgeregter und unruhiger wurde. Ein älterer Herr, früher Töpfermeister, und angeblich stets gesund gewesen, war so aufgeregt geworden, daß er schon den Moment fürchtete, wo die Wackelei losgehen würde; vor allem erregte es ihn, daß er in seinem eigenen Hause so etwas ertragen müsse, ohne dagegen etwas tun zu können. Im Hause Tillendorferstraße Nr. 9 klagte eine alte Dame, daß sie ausziehen müsse, weil sie ihre Ruhe nicht mehr finden könne. Ich setzte mich in ihren Lehnstuhl und vermochte eine frei gehaltene Zeitung nicht zu lesen, weil sie so schwankte, daß die einzelnen Buchstaben untereinander verschwammen. Dort zitterte der Tisch derartig, daß ich es beim Schreiben unangenehm empfand. Eine junge Frau klagte mir, daß sie nicht mehr in ihren Toilettenspiegel sehen könne, weil ihr drehend und übel würde; denn durch das feine, stetige Wackeln des Spiegels, wackele beim Hineinsehen ihr Gesicht und das sei ihr so unangenehm, daß sie schwindelig und unwohl würde.

Nicht ganz festschließende Türen wackelten in ihren Angeln; Oefen, Tische, Klaviere, Schränke, Bilder wackelten mehr oder weniger stark, klappten und klirrten. Nippessachen fielen von polierten Flächen; Oefen und Wände und Decken bekamen Risse.

Der Zustand war ein solcher, daß niemand sich dagegen wehren konnte; jeder mußte ihn ertragen, es sei denn, daß er sein Haus oder seine Wohnung verlassen wollte. Dadurch, daß der Motor des Nachts stand, wurde den Bewohnern der Gegend wenigstens die Nachtruhe bis früh 6 Uhr erhalten. Die verschiedenartigsten Beschwerden vornehmlich nervöser Art wurden mir als Folge dieser Erschütterungen angegeben. Geistige Arbeit zu leisten war unter solchen Verhältnisten in den betreffenden Häusern ganz unmöglich. Hausbesitzer fürchteten den Einsturz ihrer Häuser und eine hohe Entwertung ihres Besitzes.

In meinen von den Bewohnern des Burglehns und des Sands ersuchten amtlichen Gutachten, wie auch in dem vom Landgericht erforderten, erklärte ich den Zustand, wie er durch die Inbetriebnahme des Dieselmotors bedingt wurde, für gesundheitsgefährlich in sehr erheblichem Grade, und zwar nicht nur für nervös veranlagte, ältere und kranke Personen, sondern auch für Kinder und sonst gesunde Leute. Meine vorgesetzten Behörden traten mir hierin auf Grund der Beobachtungen ihrer Kommissionen bei.

Der betreffenden Aktiengesellschaft wurde infolgedessen aufgegeben, umgehend Vorkehrungen zu treffen, daß diese gesundheitsschädlichen Erschütterungen unterblieben.

Zunächst wurden die verschiedenartigsten Vorschläge zur Behebung dieser Erschütterung laut, wie Verstärkung des

Fundamentes des Motors, Anlegung eines tiefen, durch Pfähle gesteiften Grabens um das Maschinenhaus herum, Aufstellen von 2 kleineren Motoren usw. Da gelang es den Ingenieuren der Dieselwerke zu Augsburg einen ebenso einfachen als wirksamen Ausgleichapparat zu konstruieren. Der Apparat, der, soweit ich unterrichtet bin, völlig neu und noch nie vorher in Anwendung gewesen ist, hat sich bisher recht gut bewährt, wenn er auch, wie es bei solchen wichtigen und wesentlichen Erfindungen nicht anders sein kann, ab und zu im Anfang kleine Störungen zeigte. An den Motor wurde ein Getriebe angeschlossen, daß entsprechend den Tourenzahlen des Motors eine schwere Eisenmasse, die aus der ungefähren Hälfte einer großen Eisenwalze besteht, so in Umdrehungen setzte, daß, wenn der Motor einen Druck nach unten ausübt, das exzentrisch aufgehängte Eisenstück nach oben schwingt und umgekehrt, wenn der Motor nach oben drückt, das Eisenstück nach unten schwingt.

Jedenfalls sind seit Ingebrauchnahme dieses Ausgleichsapparates die Erschütterungen der auf dem gleichen Schliefsande stehenden Häuser so gering, daß sie wesentliche gesundheitliche Störungen seit nunmehr fast 3/4 Jahren nicht mehr bedingen und daß die noch eben erkennbaren geringen Erschütterungen im Interesse der für die allgemeine Wohlfahrt unentbehrlichen Industrie von dem Publikum ertragen werden müssen.

Der Fall lehrt, daß bei der hohen Kraftentwicklung unserer derzeitigen großen Maschinen, insbesondere der Explosionsmotoren, den tieferen Schichten des Erdbodens, über denen die Aufstellung stattfinden soll, erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken ist.

In vorliegendem Falle war gemäß § 16 ff. der Gewerbeordnung eine Genehmigung der aufsichtsführenden Behörden nicht erforderlich, auch war die Aufstellung des Motors nicht konzessionspflichtig, so daß die Behörde behufs Verhütung eventuell zu erwartender Gesundheitsschädigungen durch die beabsichtigte Anlage vorzeitig einzuschreiten nicht in der Lage war.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Bewertung der Röntgenmaßnahmen bei Feststellung und Beurteilung von Rückgratverletzungen. Rekurs-Entscheidung des Reichversicherungsamts vom 13. März 1914.

Inhalts des von der Unfallabteilung der Kgl. Charité in Berlin erstatteten Gutachtens hat die Untersuchung des Klägers keinerlei Anzeichen dafür ergeben, daß eine Verletzung der Wirbelsäule, des Rückenmarks und der austretenden Nerven bei dem Unfall vom 20. August 1910 stattgefunden hat. Dieses auf eingehender mehrmaliger Untersuchung des Klägers beruhende Gutachten wird unterstützt durch das von denselben Gutachtern aufgenommene Röntgenbild, welches völlig normale Verhältnisse aufweist. Damit ist bestätigt, daß, was schon in den früher von Autoritäten erstatteten Gutachten angenommen war, klinische Erscheinungen, welche für eine Rückenwirbelverletzung sprachen, nicht vorhanden sind. Ferner muß aber der bisher unter den Aerzten bestehende

Zwiespalt über die Frage, ob die Röntgenaufnahme anatomische auf den Unfall zurückführbare Veränderungen an den Wirbeln erkennen lasse, als im verneinenden Sinne erledigt gelten. Demgemäß muß nunmehr angenommen werden, daß zurzeit keinerlei Schädigung des Klägers durch Unfallfolgen vorhanden ist. Dasselbe gilt aber auch von der früheren Zeit. Auch bei allen früheren Untersuchungen hat sich stets ein negativer klinischer Befund ergeben, und wenn einzelne Sachverständige aus den früher aufgenommenen Röntgenbildern eine Verletzung von Wirbelkörpern herauslesen zu sollen glaubten, so standen diesen wieder andere Gutachter gegenüber, welche gerade aus diesen Aufnahmen einen völlig normalen Befund feststellten. Ueberzeugend führt aber das Gutachten der Charité aus, daß, wenn der Unfall, der in einer Quetschung des Rückens bestand, irgendwelche erheblichen, die Erwerbsfähigkeit des Klägers beschränkenden Folgen gehabt hätte, sich im Laufe der Zeit klinisch wahrnehmbare Krankheitserscheinungen gezeigt haben müßten, die keinem der Gutachter hätten entgehen können. Solche Erscheinungen sind aber nicht wahrgenommen worden. Hiernach bleibt allein noch zu prüfen, ob die Schmerzen, über welche der Kläger sich beschwert, und deren Vorhandensein die Gutachter als möglich anerkennen, mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen sind. Aber auch in diesem Punkte führt das vom R.-V.-A. eingeholte Charité-Gutachten überzeugend aus, daß diese Schmerzen zwanglos durch die bei dem Kläger, unabhängig von dem Unfall vorhandene Fettgeschwulst und auf den Bruch, an dem er leidet, erklärt werden können. Sie können deshalb — zumal bei dem Fehlen eines auf den Unfall zurückzuführenden objektiven Befundes — nicht mit auch nur einiger Wahrscheinlichkeit auf den Unfall als Ursache zurückgeführt werden. Der Unfall hat daher über die 13. Woche hinaus keinerlei die Erwerbsfähigkeit des Klägers beschränkenden Folgen gehabt; danach hat er auch keinen Anspruch auf Rente, und auf den Rekurs der Beklagten war der ablehnende Bescheid derselben wiederherzustellen.

Begriff „ärztliche Behandlung". Eine Krankenkasse darf in ihrer Satzung nicht allgemein bestimmen, daß auf Antrag oder mit Zustimmung des Versicherten an Stelle der ärztlichen Behandlung Behandlung und Hilfeleistung durch Heilkundige gewährt werden kann. Entscheidung des Reichsversicherungsamts, Beschlußsenats, vom 20. Dezember 1913.

Konnte es unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes noch zweifelhaft erscheinen, ob „ärztliche Behandlung" im Sinne dieses Gesetzes (§ 6 Ziffer 1) auch von anderen Personen als von approbierten Aerzten gewährt werden könne, so ist, wie schon das Oberversicherungsamt zutreffend dargelegt hat, für die Reichsversicherungsordnung im § 122 der Grundsatz klar zum Ausdruck gebracht, daß die ärztliche Behandlung nur durch approbierte Aerzte, bei Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahnärzte, geleistet wird. In demselben § 122 sind im Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 mehrere Ausnahmen von dieser Regel aufgestellt. Aus der Fassung, wonach die ärztliche Behandlung Hilfeleistungen anderer Personen nur in zwei bestimmt bezeichneten Fällen, nämlich nur dann, wenn der Arzt (Zahnarzt) sie anordnet oder wenn in dringenden Fällen kein approbierter Arzt (Zahnarzt) zugezogen werden kann, umfaßt und die oberste Verwaltungsbehörde bestimmen kann, wieweit auch sonst Hilfspersonen innerhalb der staatlich anerkannten Befugnisse selbständige Hilfe leisten können, geht aber hervor, daß im § 122 a. a. O. die Frage erschöpfend geregelt werden sollte, weitere Ausnahmen von der Regel also gesetzlich unzulässig sind. Insbesondere bietet das Gesetz dafür keinen Anhalt, daß etwa „auf Antrag oder mit Zustimmung des Versicherten", wie es in der beanstandeten Satzungsbestimmung vorgesehen ist, noch andere Personen zur Ausübung der ärztlichen Behandlung zugelassen werden könnten. Hierdurch würde der im Interesse der Volksgesundheit aufgestellte Grundsatz, daß jedem Versicherten freie Behandlung durch einen approbierten Arzt sichergestellt sein soll, bedenklich erschüttert werden.

Der Einwand des Kassenvorstandes, § 122 a. a. O. sehe den Normalzustand vor, sei aber nicht mehr anwendbar, wenn die Voraussetzungen des § 370 a. a. O. vorlägen, das heißt, wenn bei einer Krankenkasse die ärztliche

Versorgung dadurch ernstlich gefährdet werde, daß die Kasse keinen Vertrag zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Aerzten schließen könne oder daß die Aerzte den Vertrag nicht einhielten, ist nicht stichhaltig. Zunächst ist die beanstandete Satzungsbestimmung allgemein gefaßt und nicht auf die Anwendungsfälle des § 370 a. a. O. beschränkt. Aber auch in dieser Beschränkung wäre sie nicht haltbar. Die Annahme des Kassenvorstandes, in den Fällen des § 370 a. a. O. trete die Regel des § 122 a. a. O. außer Kraft, ist nur insoweit richtig, als dann die Kasse mit Ermächtigung des Oberversicherungsamts statt der ärztlichen Behandlung eine gewisse Barleistung gewähren kann. Ist diese auch gegenüber der ärztlichen Versorgung, wie in der Beschwerdeschrift ausgeführt wird, eine Versicherungsleistung minderen Wertes, so folgt daraus noch nicht, daß die Kasse, bevor sie zu der durch den Notstand gebotenen Barabfindung übergeht, berechtigt sei, eine andere Form der Behandlung, nämlich Behandlung durch Heilkundige, zu gewähren. Wenn der Kassenvorstand meint, in diesen Fällen müsse die Kasse, bevor sie von dem § 370 a. a. O. Gebrauch mache, versuchen, für die fehlende ärztliche Hilfe einen möglichst brauchbaren Ersatz zu schaffen, so fehlt es hierfür an einer gesetzlichen Unterlage. Insbesondere kann die Behandlung durch Heilkundige, die zu der Kasse in einem Vertragsverhältnisse stehen, gegenüber der Barabfindung des § 370 a. a. O. nicht, wie der Kassenvorstand anscheinend will, unter der Bezeichnung als Mehrleistung, die zu übernehmen die Kasse berechtigt sei, eingeführt werden. Mehrleistungen sind nach § 179 Abs. 3 a. a. O. nur soweit zulässig, wie es das Zweite Buch der Reichsversicherungsordnung vorsieht. Das Gesetz kennt aber, mit Ausnahme der im § 122 a. a. O. besonders aufgeführten Fälle, nur Behandlung durch approbierte Aerzte und im § 370 a. a. O. nur einen Ersatz dieser Behandlung durch Barabfindung.

Der Kassenvorstand glaubt die Zuziehung Heilkundiger, wenn die Voraussetzungen des § 370 a. a O. vorliegen, auch damit begründen zu können, daß dann jeder Erkrankungsfall als „dringend" zu bezeichnen und daher einer der Ausnahmefälle des § 122 a. a. O. gegeben sei. Dies trifft nicht zu. Die Dringlichkeit eines Erkrankungsfalls, die unter Umständen die Zuziehung einer anderen Person an Stelle des approbierten Arztes rechtfertigt, kann sich nur aus der Art und dem Auftreten der Krankheit, die ein schnelles Eingreifen erfordert, niemals aber aus dem Umstand ergeben, daß der Kasse ohne ihre Schuld nicht hinreichend Aerzte zur Verfügung stehen.

Wenn endlich der Kassenvorstand glaubt, sich schon jetzt einige Heilkundige vertraglich sichern zu müssen, um für den Fall des Eintritts der Voraussetzungen des § 370 a. a. O. Personen zu haben, die an Stelle der Aerzte die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten bescheinigen könnten, so bedarf es hierzu nicht einer Satzungsbestimmung wie der vorliegenden.

Die Krankenkassen haben ihren Mitgliedern die ärztliche Behandlung in Natur zu leisten; es genügt dazu nicht, daß sie den Versicherten die Beschaffung der ärztlichen Behandlung gegen Ersatz seiner Auslagen überlassen, sondern sie müssen die ärztliche Behandlung ihrer Mitglieder durch Vereinbarungen mit Aerzten oder ärztlichen Vereinigungen u. dgl. sicherstellen. Entscheidung des Reichsversicherungsamtes, Beschlußsenat, vom 6. Dezember 1913.

Die Kasse beabsichtigt, in einzelnen Teilen ihres Bezirkes den Versicherten die Beschaffung ärztlicher Hilfe zu überlassen, ohne Verträge mit Aerzten abzuschließen. Es ist durchaus möglich, daß auch dort, wo Arztverträge nicht abgeschlossen werden, die ärztliche Behandlung der erkrankten Kassenmitglieder praktisch keinen Schwierigkeiten begegnet. Gegenüber diesem vertragslosen Zustand erheben sich aber grundsätzliche, aus den §§ 182, 368 der Reichsversicherungsordnung herzuleitende Bedenken.

Die Leistungen der Krankenversicherung, auf welche die Versicherten Anspruch haben, sind in der Art zu gewähren, die das Gesetz vorschreibt. Es ist unzulässig, an Stelle der im Gesetze bestimmten Sachleistungen Barleistungen oder an Stelle der Barleistungen Sachleistungen zu gewähren. Dies gilt insbesondere für die ärztliche Behandlung, welche den Versicherten als ein Teil der Krankenpflege nach § 182 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung

zu gewähren ist. Nur in Ausnahmefällen, soweit es die Satzung mit gesetzlicher Ermächtigung bestimmen kann (§ 193 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung) oder beim Vorliegen besonderer Tatumstände (§§ 217, 370 a. a. O.), kann Krankengeld an Stelle der ärztlichen Behandlung gewährt werden. Aehnlich hat der Versicherte auch in dringenden Fällen, wo eine Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung seitens der Kasse nicht möglich war, einen Ersatzanspruch wegen seiner Auslagen (§ 368 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung). Im übrigen ist die ärztliche Behandlung aber in Natur zu leisten. Folgerichtig wird man es also nicht für zulässig erachten können, daß die Kasse die Beschaffung der ärztlichen Behandlung den Versicherten überläßt; denn sie gibt damit von vornherein zu erkennen, daß sie in Erkrankungsfällen nicht die Sachleistung als solche gewährt, sondern an ihre Stelle einen baren Ersatzanspruch des Versicherten, der mit einem Arzte seiner Wahl einen privatrechtlichen Dienstvertrag auf Gewährung ärztlicher Hilfe schließen und damit auch allein für das ärztliche Honorar haftbar werden müßte, treten lassen will. Damit genügt die Kasse ihrer Sachleistungspflicht nicht. Wenn dieses Verfahren in dringenden Fällen für zulässig zu erachten ist, so wird damit keine auch in anderen Fällen anwendbare Regel anerkannt. Vielmehr liegt dann ein Ausnahmezustand vor, bei dem notwendig eine Barleistung an Stelle der Sachleistung treten muß, weil in diesem Falle die Kasse die schon vollzogene Sachleistung ihrerseits als solche nicht mehr gewähren kann.

Auch aus anderen Erwägungen ist die Unzulässigkeit der von der Kasse beabsichtigten Regelung der ärztlichen Behandlung herzuleiten. Die Krankenkassen haben die ärztlichen Behandlungen zu „gewähren“. Sie sollen nach der Absicht des Gesetzes ihrerseits für die Gewährung der nötigen Aerztehilfe sorgen. Dieser Verpflichtung genügen die Kassen nicht schon dadurch, daß sie den Versicherten die Beschaffung der ärztlichen Behandlung überlassen und lediglich die hierdurch entstehenden Kosten übernehmen. Dies könnte vielleicht dann als ausreichend angesehen werden, wenn die Aerzte ohne weiteres die Behandlung Erkrankter übernehmen müßten. Eine allgemeine Behandlungspflicht besteht aber für die Aerzte als Angehörige eines freien Berufsstandes nicht. Ihre Beziehungen zu den Erkrankten regeln sich vielmehr nach den Vertragsgrundsätzen des Bürgerlichen Rechts. Es unterliegt ihrer Entschließung, ob sie die ärztliche Behandlung eines Erkrankten übernehmen wollen oder nicht, und welche Abmachungen sie in dieser Hinsicht, insbesondere wegen der Bezahlung ihrer Leistungen, treffen wollen. Ein Arzt ist also in der Lage, die Behandlung von „Kassenpatienten“ grundsätzlich abzulehnen, und zwar auch dann, wenn sie auf Grund eines rein privatrechtlichen Abkommens zwischen Arzt und Patient erfolgen soll. Wie die praktischen Erfahrungen gezeigt haben, wird von dieser Befugnis namentlich von vielbeschäftigten Aerzten Gebrauch gemacht. Die Aerzte werden die vielfach wenig bemittelten Kassenpatienten wegen der möglichen Gefährdung ihrer Honorarforderung nicht schon deshalb behandeln, weil dem Erkrankten gegenüber der Kasse unter Umständen ein Anspruch auf Ersatz seiner baren Auslagen zusteht. Denn die Ersatzforderung des Versicherten gegen eine Kasse geht nicht ohne weiteres auf den Arzt über, auch würde dieser gegenüber der Kasse durch die staatlichen Gebührenordnungen vielfach auf die Forderung bestimmter Mindestsätze beschränkt sein. Hieraus ergibt sich, daß bei einem vertragslosen Zustand die ärztliche Behandlung der Kassenmitglieder gefährdet sein kann, worauf auch § 370 der Reichsversicherungsordnung ausdrücklich hinweist. Diese Gefährdung würde im vorliegenden Falle schon dann eintreten, wenn in den dünn bevölkerten Landkreisen des Kassenbezirkes unter der geringen Zahl der in Betracht kommenden Aerzte keiner zur Privatbehandlung des Erkrankten bereit ist. Diesen Schwierigkeiten müssen die Kassen ihrerseits dadurch begegnen, daß sie selbst die ärztliche Behandlung zur Verfügung der Kassenmitglieder stellen, was nur dadurch geschehen kann, daß die Kassen mit Aerzten in Beziehung treten und vertraglich eine rechtliche Bindung der Aerzte wegen der Gewährung ärztlicher Hilfe zugunsten erkrankter Kassenmitglieder herbeiführen. Der Inhalt der Abmachungen, durch welche die Kassen die ärztliche Behandlung sicherstellen, kann ein verschiedener sein. Sie werden sich sogar

zweckmäßig den bei den einzelnen Kassen verschiedenen Verhältnissen anzupassen haben. Nur ist daran festzuhalten, daß durch diese Vereinbarungen die Pflicht der Aerzte zur Behandlung der Versicherten grundsätzlich festgelegt werden muß. Es ist zutreffend, wenn die Beschwerde ausführt, daß die Kasse in der Regelung der Arztfrage freie Hand habe. Sie ist nach dem Gesetze nicht genötigt, etwa nur mit einzelnen bestimmten Aerzten Verträge zu schließen. Sie kann die ärztliche Behandlung auch im Benehmen mit ärztlichen Vereinigungen, Standeseinrichtungen oder deren Bevollmächtigten regeln. Auf diese Weise kann sie allerdings auch eine unbeschränkte freie Arztwahl in dem Sinne einführen, daß sie sämtlichen Aerzten eines Bezirkes, die einer ärztlichen Vereinigung angehören oder die den Bedingungen eines mit dieser Vereinigung abgeschlossenen allgemeinen Arztvertrags beizutreten gewillt sind, Recht und Pflicht zur ärztlichen Behandlung der Kassenmitglieder überträgt. Immer wird aber verlangt werden müssen, daß die Kasse mit Aerzten oder ärztlichen Vereinigungen wegen der ärztlichen Behandlung in vertragliche Beziehungen tritt. Für diese Beziehungen schreibt § 368 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung schriftliche Form vor. Die Bedeutung dieser Vorschrift ist also nicht lediglich die, daß die Kasse nur dann schriftliche Verträge abschließen müsse, wenn und insoweit sie Beziehungen zu Aerzten unterhält; § 368 setzt vielmehr das Bestehen solcher vertraglichen Beziehungen, die auch im finanziellen Interesse der Kassen geboten sind, als selbstverständlich voraus.

Hiernach muß angenommen werden, daß die seitens der Kasse in Aussicht genommene Regelung der Arztfrage den gesetzlichen Anforderungen nicht genügt. Der Kasse muß es überlassen bleiben, für ihren ganzen Bezirk die Gewährung ärztlicher Behandlung an die Kassenmitglieder unter Beachtung der oben erwähnten Gesichtspunkte sicherzustellen und eine entsprechende Regelung in der Satzung nach § 321 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung zu treffen.

B. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

1. Paratyphus und Fleischvergiftung.

Zur Bedeutung der Fleischvergiftung. Von Stabsarzt Dr. Konrich-Berliner med. Klinik; 1914, Nr. 11.

Kohlehydrate und Fette sind selten Ursache von Nahrungsmittelvergiftungen, anders das Fleisch, das einen äußerst günstigen Nährboden für Bakterien darstellt. Einmal kommt es schon als Ueberträger von Tierkrankheiten (Bandwurm, Tuberkulose etc.) in Frage, dann kann es aber auch die eigentlichen Fleischvergiftungen vermitteln, die durch Bakterien, nicht Ptomaine, hervorgerufen werden. Das Fleisch wird infiziert entweder intra vitam (septicaemische Erkrankungen der Tiere) oder nach der Schlachtung. Die betreffenden Bakterien gehören zur Gärtner- und Paratyphus-B.-Gruppe; gelegentlich wurden auch Proteus, Bact. coli, Heubazillen etc. als Krankheitserreger angesprochen. Während bei den erstgenannten Infektion und Intoxikation sich kombinieren, wirkt durch seine Toxinbildung allein der anaërobe Bac botulinus, der Erreger der Wurstvergiftung (Botulismus). Diese Erkrankung verläuft unter den Symptomen der Bulbärparalyse und Atropinvergiftung. Das Botulismustoxin wird bei 1stündiger Erhitzung auf 70° C. unwirksam; die Sporen sterben ab bei 80° in der gleichen Zeit. Genügend gekochte Fleischwaren führen daher nie zu Botulismus.

Die eigentliche Fleischvergiftung (Gaertner und Paratyphus-Infektion) verläuft unter gastro-intestinalen Erscheinungen als: 1. choleraähnliche Erkrankungen mit profusen Diarrhoen; 2. choleraähnlich einsetzende und typhusähnlich weiter verlaufende Erkrankungen; 3. typhusartige Erkrankungen. Die choleraähnliche, häufigste Form ist überwiegend eine Intoxikation, die typhusartige eine Infektion. Da dieses Toxin vielfach hitzebeständig ist, kann genügend gekochtes Fleisch wohl noch toxisch, aber nicht mehr infektiös wirken. Die Inkubation beträgt von wenigen Stunden bis zu 6 Tagen. Die Mortalität 1—2°/o. In allen Verdachtsfällen empfiehlt sich eine bakteriologische Untersuchung zur Feststellung der Erreger und zur Klärung, ob noch andere Bakterien Fleischvergiftung verursachen können. Als Material dient Stuhl, Er-

brochenes, Speisereste (event. aus den Eßgeschirren mit sterilen Tupfern entnommen) und Blut. Das Blut ist besonders wichtig bei gleichzeitigem Zusammentreffen von Bazillenträgertum und Fleischvergiftung, vor allem aber dann, wenn Proteus, Coli im Fleisch gefunden und als Erreger der Erkrankung angesprochen werden (5—10 ccm Blut durch Venenpunktion zu entnehmen.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

2. Geschlechtskrankheiten und deren Bekämpfung.

Syphilis und Wassermannsche Reaktion bei den Findelsäuglingen. Von Dr. M. Rabinowitsch-Charkow. Zentralblatt für Bakteriologie; 1. Abt., Org., 1913, Bd. 72, H. 4 und 5.

Die Arbeit bestätigt im wesentlichen die bekannte Tatsache, daß die Wassermannsche Reaktion im frühen Säuglingsalter zur Erkennung der Syphilis häufig versagt. Der Verfasser glaubt, daß eine Vererbung der Syphilis vom Vater ohne Ansteckung der Mutter nicht vorkommt.

Recht interessant sind einige statistische Daten, aus denen auch die Bedeutung der Findelhäuser für die Ausbreitung der Lues in Rußland hervorgeht. 1910 wurden im russischen Reich stationär und ambulatorisch in Krankenhäusern **1214915** Syphilitische behandelt (n. b. an Scabies 4285326!). Im Gouvernement Charkow zeigten 28% der Ammen des Findelhauses positive Wassermannsche Reaktion; syphilitische Primäraffekte an den Brustwarzen sind bei ihnen keine Seltenheit. Nun wurden im ganzen während der Jahre 1867—1912 18930 Findlinge in dieses Haus aufgenommen und nach einigen Tagen in 55 Dörfern des Gouvernements zur Pflege weiter befördert. In vielen dieser Dörfer ist jetzt der größte Teil der Bevölkerung syphilitisch.

Dr. Hutt-Breslau.

Gonorrhöe und gonorrhoische Komplikationen bei einem Säugling. Von Felix Reinhard. Münchener med. Wochenschrift; 1914, S. 475.

Die Eltern hatten Gonorrhoe durchgemacht und waren lege artis behandelt worden, so daß sie sich für gesund hielten. 4 Wochen nach Geburt zeigte der Knabe typische Gonorrhöe der Harnröhre, kompliziert mit Epididymitis und Gonitis gonorrhoica. Die Augen waren vorschriftsgemäß mit Credéschen Augentropfen eingeträufelt worden und blieben gesund.

Dr. Graßl-Kempten.

Zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den Mannschaften des Beurlaubtenstandes im Bereich der Landwehr-Inspektion Berlin. Von Stabsarzt Dr. Hecker. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1913, H. 22.

Von den im Jahre 1912 zu Uebungen einberufenen Mannschaften waren wegen Geschlechtskrankheiten 35,5 auf Tausend übungsunfähig. Diese Zahl entspricht ungefähr den von Schwiening festgestellten Zahlen über die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten bei den Berliner Rekruten; sie weicht dagegen, aus naheliegenden Gründen, sehr wesentlich ab von den Zahlen der Guttstadtschen Statistik. Unter den Krankheiten, die die Uebungsunfähigkeit bedingen, machen die Geschlechtskrankheiten 1/5 bis 1/4 aus. Von den Geschlechtskranken litten bei den Reservisten 68,3% an Tripper, 5,5% an Schanker, 26,2% an Syphilis — bei den Landwehrleuten 56,7% an Tripper, 4,2% an Schanker, 39,1% an Syphilis. Verheiratet waren 26,9% der Geschlechtskranken.

Als Maßnahmen, die gegen die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten anzuwenden wären, empfiehlt Hecker zunächst die Verteilung der bekannten Merkblätter, ferner die Anwendung des Runderlasses des Kriegsministeriums und des Ministeriums des Innern vom 8. Januar 1907 — Nambaftmachung von Leuten, die für Einleitung eines Heilverfahrens in Betracht kommen, durch Militärärzte und Militärbehörden — auf die Mannschaften des Beurlaubtenstandes, und schließlich zwangsweise Behandlung, wie sie für gewerbsmäßige weibliche Prostituierte vorgesehen ist.

Dr. Bernstein-Mühlhausen i. Thür.

Was leistet die mikroskopische Sekretuntersuchung bei der Kontrolle der Prostituierten für die allgemeine Prophylaxe der Gonorrhöe. Von Dr. Max Müller. Münchener med. Wochenschrift; 1914, S. 712.

Neisser hat zum ersten Male vor einem Vierteljahrhundert die systematische Untersuchung der Prostituierten auf mikroskopischem Wege empfohlen und hat 90 % (!) der puellae publicae, die auf Grund der klinischen Ergebnisse freigelassen wurden, mit Gonorrhöe behaftet befunden. Preußen empfiehlt, aber verlangt nicht unbedingt die mikroskopische Untersuchung. Müller hat dann seit 1897, also in einer hinreichend langen Zeit, in Metz die Prostituierten untersucht und zwar alle geheimen Prostituierten in bezug auf Urethral- und Zervikalsekrete, die eingeschriebenen jedesmal in bezug auf Urethralsekret und auf Zervikalsekret in gewissen Abständen. Die Ergebnisse der Tripperinfektionen bei dem Militär in Metz lassen sichere Rückschlüsse auf die Gonorrhöeverhältnisse in der Gesamtbevölkerung dieser Stadt zu; denn das Verhältnis des Militärs zu der Zivilbevölkerung ist 1 : 3,3. Dabei sind die Außenbedingungen in Metz wegen der Nähe Frankreichs und Luxemburgs zur Erzielung bessernder Einflüsse sehr schwierig. Trotzdem war der Erfolg dieser systematischen Arbeit ein glänzender. Setzt man die Gonorrhöehäufigkeit 1895/1897 mit 100 an, so betrug diese im Jahre 1908/1910 in der ganzen Armee 96,1; im XV. Korps 88,2, im I. Korps 85,7, im XVI. Korps 51,1 und in Metz 51,1. Während also die Gonorrhöe um 50 % zurückging, stieg die Lues-Erkrankung bei der Garnison in Metz von 100 der Jahre 1895/97 auf 174,4 der Jahre 1910/1912. Dieses vollkommen divergente Verhalten von Gonorrhöe und Lues beweist mit unwiderleglicher Klarheit, daß für den beträchtlichen und seit mehr als 10 Jahren konstant gebliebenen Rückgang der Gonorrhöe in Metz nicht allgemein für die Einschränkung der venerischen Krankheiten wirksame Momente verantwortlich gemacht werden können, sondern daß er bedingt sein muß durch ein auf die Gonorrhöe spezifisch wirksames Moment, und als solches kann nur die systematische mikroskopische Sekret-Untersuchung der öffentlichen und geheimen Prostituierten betrachtet werden. Diese Art der Untersuchung ist also ungemein wirksam. Die Grundlage der Untersuchung bildet aber die Reglementierung der Prostitution. Die Erfolge in Metz lassen die abolitionistisch angehauchten Anschauungen mancher Aerzte als verderblich erscheinen und geben einen positiven Beweis für die Beibehaltung der Reglementierung der Prostitution. Dr. Graßl-Kempten.

Die antisyphilitische Behandlung bei der Prostituiertenuntersuchung. Von Dr. E. Jeanselme. Revue d' Hygiene et de Police sanitaire; 1914, Bd. 36, Nr. 3.

J. fordert, daß man sich bei der amtlichen Untersuchung der Prostituierten nicht mit der Untersuchung und Unterbringung klinisch kranker Mädchen begnügt. Vielmehr sollen die Untersuchungsstationen mit dem nötigen Personal uud Instrumentarium ausgestattet werden, um auch Syphilitische im latenten Stadium behandeln zu können. Wenn diese latent Kranken auch augenblicklich unschädlich sind, so werden sie doch mangels einer Behandlung früher oder päter wieder ansteckend.

Die Behandlung, welche vorwiegend in Injektionen zu bestehen hätte, würde voraussichtlich bei den Prostituierten keinen Widerstand finden. Sie würden bald einsehen, daß die Behandlung in ihrem eigenen Interesse liegt. Sollte die Behandlung ohne gesetzlichen Zwang nicht durchführbar sein, so würde ein entsprechendes Gesetz zur Durchführung der Zwangsbehandlung geschaffen werden müssen. Dr. Dohrn-Hannover.

Die Fürsorgestelle für Syphilisverhütung. Von Dr. E. Malvoz in Lüttich. Revue d' Hygiene et de Police sanitäre; Bd. 36, Nr. 4 vom 20. April 1914.

In Lüttich ist nach dem Muster der Tuberkulosefürsorgestellen eine Fürsorgestelle für Syphiliskranke eingerichtet. Sie unterscheidet sich allerdings insofern von den gewöhnlichen Fürsorgestellen, als hier auch ärztliche Behandlungen ausgeführt werden. Die diagnostischen Feststellungen werden durch einen Bakteriologen an bestimmten Tagen in der Fürsorgestelle gemacht. Die

Behandlung erfolgt durch 5 verschiedene Aerzte, die einmal in der Woche tätig sind. Sie wird nur bedürftigen Kranken gewährt.

In den ersten $1^1/_2$ Jahren ihres Bestehens ist die Fürsorgestelle von 938 Personen aufgesucht worden. Unter diesen befanden sich 867 Kranke, die von ihrem Arzte überwiesen waren. 411 Kranke wurden mit Injektionen behandelt; es wurde 1171 mal Salvarsan und 363 mal Neosalvarsan benutzt. Vielfach wurden außerdem noch Hg.-Injektionen gemacht. Schädliche Folgen der Injektionsbehandlung sind nicht beobachtet.

Vor Beginn der Behandlung wird jeder Kranke diskret über seine Personalien und seine Einkommensverhältnisse ausgefragt. Der Name wird in ein Buch eingetragen, das sonst niemandem zugänglich ist. Der Kranke erhält eine Nummer und existiert in der Fürsorge von da ab nur als Nummer.

Die Fürsorgestelle hat 1913 17 683 Francs Kosten verursacht. Mit ihren Erfolgen kann man durchaus zufrieden sein. Sie dient nicht nur der Hebung der Volksgesundheit, sondern auch der Bekämpfung des Geburtenrückganges. Sie bewahrt die Frauen vor Aborten und schützt die lebensschwachen, syphilitischen Kinder im ersten Lebensjahr. Dr. Dohrn-Hannover.

---

3. Malaria und andere Tropenkrankheiten.

Ueber Malariabehandlung mit Hydrochinin. Von Stabsarzt Dr. Otto Peiper in Prenzlau. Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene; 1914, Bd. 18, Nr. 7.

Das Hydrochinin ist ein sehr wirksames Antimalaricum, das per os bei Malaria tropica dem salzsauren Chinin zum mindesten gleichwertig ist, das salzsaure Chinin aber bei Malaria tertiana, selbst in kleineren Dosen wie dieses gegeben, bei weitem an spezifischer Wirkung übertrifft.

Subkutane und intramuskuläre Injektionen von Hydrochinin sind nicht empfehlenswert; denn es ruft schmerzhafte Infiltrationen hervor, auch ist seine Perzeption schlecht. Dr. Dohrn-Hannover.

Erfahrungen mit weiteren dem Chinin nahestehenden Alkaloiden und einigen ihrer Derivate bei Malaria (Chinidin, Hydrochinidin, Cinchonin, Hydrocinchonin, Cuprein, Chinäthylin und Chinpropylin). Von G. Giemsa und H. Werner-Hamburg. Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene; 1914, Bd. 18, Heft 1.

Die Verfasser fassen ihre Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Cuprein erwies sich in Dosen bis zu 1,0 täglich als dem Chinin an antiparasitärer Wirkung bei Malaria stark unterlegen.
2. Cinchonin und Hydrocinchonin sind in Dosen bis zu 1 g täglich fast gänzlich unwirksam bei Malaria.
3. Chinidin und Hydrochinidin erwiesen sich bei Malaria als dem Chinin mindestens ebenbürtig.
4. Chinätylin zeigte eine ganz außerordentlich starke antimalarische Wirkung.
5. Die Versuche mit Hydrocinchonin, insbesondere die mit Hydrochinidin und den entsprechenden nicht hydrierten Alkaloiden (Cinchonin und Chinidin) lehren, daß mit der Hydrierung, die in einer Umwandlung der Vinylgruppe des Loiponanteiles in eine Aethylgruppe besteht, nicht notwendigerweise eine Verstärkung des malariziden Charakters einhergehen muß, wie man dies aus dem beim Chinin bezw. Hydrochinin vorliegenden Verhältnissen zu schließen geneigt sein könnte. Dr. Dohrn-Hannover.

Weiterer Beitrag zum Studium des Mittelmeerfiebers in Stiava in der Provinz Lucca. Von Dr. Silo-Spigai. L'Igiene moderna; 1914, Nr. 12.

In einer kleinen oberitalienischen Ortschaft am Mittelmeer mit 300 Einwohnern kamen im Laufe der letzten 5 Jahre 411 Fälle von Mittelmeerfieber (Maltafieber) vor. Während aber sonst im allgemeinen die Mortalität ähnlich wie beim Typhus 15—20 Proz. (sehr hoch, da bei uns die Typhussterblichkeit weniger als 10 Proz. beträgt! Der Ref.) ausmacht, war hier der Verlauf der Krankheit ein auffällig günstiger, indem von 85 Fällen der letzten 3 Jahre keiner tödlich endete.

Die Krankheit, die bekanntlich in den nordischen Ländern so gut wie

unbekannt ist, wird durch den Micrococcus Bruce hervorgerufen. Die Diagnose stützt sich auf die Serumprobe, verbunden mit der klinischen Untersuchung. Die hauptsächlichsten klinischen Veränderungen sind: Vergrößerung der Milz, auch der Leber, reichliche Schweißabsonderung. Die Krankheit zeigt hinsichtlich der Intensität und Dauer vielerlei Abstufungen. Rezidive sind nicht selten. Es besteht auch ein gewisser Zusammenhang mit der Tuberkulose, der nach dem Verfasser so zu deuten ist, daß bei Rekonvaleszenten nach Maltafieber, wenn die Krankheit sich lange hingezogen hat, ein günstiger Boden für die Tuberkuloseinfektion besteht.

Als therapeutische Maßnahmen werden Chinin, Pyramidon, Arsen, Luftveränderung bezeichnet. Dr. Solbrig-Königsberg.

Erfahrungen mit Salvarsan bei Tropenkrankheiten. Von Dr. Seyffert. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene; 1914, Bd. 18, Nr. 6.

S. faßt seine Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Mit Salvarsan hat der Arzneischatz der Tropenmedizin eine wesentliche Bereicherung erfahren, da es als Spezifikum gegen Krankheiten wirkt, bei denen vorher die therapeutischen Leistungen nur in Bekämpfung von Symptomen bestanden (Rekurrens, Bilharziosis?). Bei anderen Krankheiten zeigt es zum Teil eine schnellere und promptere Heilwirkung als die bisher üblichen Mittel, neben denen es jedenfalls seinen Platz in der Therapie behaupten wird (Frambösie, Syphilis, Ulcus tropicum, Tertiana).
2. Die Gefährlichkeit der Anwendung von Salvarsan ist unter Berücksichtigung der Dosierung und der bisher gemachten Erfahrungen über die Technik der Einverleibung nicht größer, als bei anderen differenten Mitteln (Chloroform usw.). Dr. Dohrn-Hannover.

Heilungsversuche mit Salvarsan bei Schlafkrankheit. Von Dr. R. Lurz. Archiv für Schiffs und Tropenhygiene; 1914, Bd. 18, H. 10.

Auf Grund seiner Beobachtungen ist Verfasser der Ansicht, daß Salvarsan kein Spezifikum, jedoch bei wiederholten Einspritzungen ein brauchbares Mittel gegen Schlafkrankheit ist, da die Trypanosomen bei manchen Schlafkranken monatelang zum Verschwinden gebracht, das Allgemeinbefinden gebessert und vielleicht auch in einem größeren Prozentsatz Heilungen erzielt werden können. Mit Vorteil wird Salvarsan angewandt in Fällen, in denen Schlafkrankheit mit Syphilis oder Frambösie vergesellschaftet ist. Dr. Dohrn-Hannover.

Versuche mit Salvarsan bei Schlafkrankheit. Von Dr. Vorwerk. Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene; 1914, Bd. 18, H. 10.

Das Salvarsan, einmal intravenös in mittlerer Dosis gegeben, bewirkte bei den Schlafkranken II. Stadiums sofort das Verschwinden der Trypanosomen aus den Drüsen und der peripheren Blutbahn. Nach einer einmaligen solchen oder wiederholten gleichen Dosis tritt fast in allen Fällen innerhalb der Zeit zwischen $^1/_2$ Monat und $^1/_2$ Jahr ein Rezidiv auf. Bei Kranken im Stadium III, d. h. allen mit elendem Allgemeinzustand oder mit psychischen bezw. nervösen Symptomen ist das Mittel als lebensgefährlich kontraindiziert.

Hinsichtlich der Dauerresultate leistet das Salvarsan weniger, als das Atoxyl, nach dessen Anwendung bei den Kranken lange rezidivfreie Zeiten nicht selten zu beobachten sind. Dr. Dohrn-Hannover.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Schulhygiene.

Die Intelligenzprüfung von Binet und Simon und ihre Verwertung für die Schule. Von Dr. Chotzen-Breslau. Zeitschrift für die Erforschung des jugendlichen Schwachsinns; 6. Bd., 5.—6. H.

Für die praktische Anwendung bedarf die Methode zwar noch einiger Verbesserungen, aber sie hat auch in der jetzigen Form vor anderen Vorteile voraus. Vor allem liefert sie für Kinder jedes Intelligenzalters den richtigen Maßstab, man weiß in jedem Falle, welche Anforderungen man an das Kind zu stellen hat. Ferner ist sie bequem und leicht zu handhaben. Sie macht den Kindern selbst Spaß, regt sie an und ermüdet sie nicht zu sehr. Sie

ermöglicht eine rasche und doch ausreichende Orientierung über die geistige Persönlichkeit eines Kindes. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Zur Frühdiagnose des Schwachsinns bei Kindern und ihre Unterstützung durch die Binet-Simonschen Tests. Von A. C. Roger, M. D, Faribault. Minn: The journ. of the am. med. ass. 1913, LXI, Nr. 26, S. 2294.

In Amerika sind die Binet-Simonschen Tests (vergl. diese Zeitschrift 1914, S. 111) zuerst von Goddard eingeführt worden. Anfänglich glaubte man, die Anwendung sei nur sachverständigen Psychologen möglich. Später sah man ein, daß auch die Lehrer damit umzugehen verstehen. Der Autor, der über 1500 Schwachsinnige und 1000 Schüler unter Kuhlmanns Leitung mit diesen Proben auf ihre geistige Leistungsfähigkeit prüfte, gibt an, daß nach zweckmäßiger Schulung auch Laien ihre Anwendung lernen, und daß Frauen sich am geeignetsten zeigen. Das Verhältnis liege ähnlich wie bei dem konstruierenden Ingenieur und dem Lokomotivführer. Die Psychologen haben den Mechanismus der Proben erfunden und vervollkommnet, die Anwendung ist nun eine Sache der Technik.

Der Autor gibt interessante Schilderungen vom Tagewerk seiner schwachsinnigen Schutzbefohlenen und rät den Aerzten, sich mit den neuen Proben vertraut zu machen. Die frühe Diagnose ermögliche es, die Fälle auszusuchen, in denen ein Eingreifen keinerlei Wert habe, sowie die Fälle, in denen es sich nur um Treibhauspflanzen handele, die mit aller Gewalt zu Leistungen über ihre Kraft hinaus angehalten werden, ohne daß je etwas dabei herauskommen könne, und schließlich solche Fälle, die bei zweckmäßiger Behandlung und passendem Beruf immer sich noch durch das Leben schlagen könnten.

In der Diskussion — Sektion für Kinderkrankheiten der am. med. ass. — führte Dr. Mary Strong, Omoha, aus, daß manche Degenerierte zu Handarbeiten sich recht wohl eigneten; 25 % der Mädchen der ihr unterstellten Fürsorgeanstalt seien Degenerierte. Dr. C. F. Walzer befürchtet, daß die besondere Rücksichtnahme auf die Schwachsinnigen für die Rassenhygiene die schlimmsten Folgen haben würde. Selbst wenn sie zu brauchbaren Gliedern der Gesellschaft erzogen würden, müsse man sie an der Fortpflanzung hindern. Dr. C. Rogers: 25 % der Verbrecher sind schwachsinnig; ebenso ein großer Teil der Prostituierten. Die Verhinderung der Fortpflanzung der Schwachsinnigen ist zur Zeit die beste Politik; die Anwendung sterilisierender Maßregeln hat übrigens wesentlich größere Beschränkungen, als die meisten Leute glauben. Dr. Mayer-Simmern.

Untersuchungen über Wachstum. Von Dr. Makower-Wilna. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1914, Heft 2.

Verfasser hat in 3 Schuljahren 377, 359 und 510 Schüler in halbjährlichen Zwischenräumen auf ihren Wuchs, ihr Gewicht und ihren Brustumfang untersucht und die Resultate in Tabellen niedergelegt. Interessant ist die Feststellung, daß in jedem Alter bis zu 17 Jahren während der Ferien eine mehr oder weniger bedeutende durchschnittliche Zunahme des Wachstums stattfindet, ja daß die Zunahme des Wuchses während des ganzen Jahres fast nur durch die während der Ferien bedingt ist. Auch die Durchschnittsgewichtsveränderung resultiert hauptsächlich aus der Gewichtszunahme während der Ferien, und die Veränderungen des Brustumfanges ergeben im ganzen dasselbe Bild. Eine bedeutende Zunahme von Wuchs, Gewicht und Brustumfang findet hauptsächlich in den Jahren zwischen 12 und 16 statt. Verfasser konnte vom 8.—17. Lebensjahr ein allmähliches und gleichmäßiges Steigen des Durchschnittsgewichts feststellen; er führt es nach seinen Beobachtungen auf eine Verdichtung der Gewebe des Organismus zurück. — Auch der Einfluß der Prüfungen auf die Körperentwicklung wurde beobachtet und an 188 Schülern festgestellt, daß 87 v. H. während der Prüfungszeit an Gewicht verlieren, und zwar erreichte die Abnahme bei 7 Schülern sogar eine Höhe von 5—6 kg!

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Ueber Schulkinder mit offener Lungentuberkulose. Von Stadtschularzt Dr. Thiele-Chemnitz. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1914, Nr. 1.

Trotzdem in den Bestimmungen über Schulpflicht und zeitweilige Be-

freiung vom Schulbesuch im sächsischen Volksschulgesetz nicht klar und bestimmt wie in der preußischen Verordnung ausgesprochen ist, daß Kinder mit offener, also ansteckender Tuberkulose die Schule nicht besuchen dürfen, weist Verfasser an den betreffenden Paragraphen nach, daß doch auch schon der jetzige Wortlaut die Handhabe bietet, solche Kinder auszuschließen. Verfasser hat im Laufe von 3 Jahren unter 44000 Volksschulkindern in Chemnitz immerhin 74 mit nachweisbaren Tuberkelbazillen gefunden, die sicher eine schwere Gefahr für Mitschüler und Lehrer bedeuten; doch bleibt es vom ärztlichen Standpunkt auch wieder bedenklich, diese ansteckenden Kinder durch Ausschluß aus der Schule nur der Familie und der Straße zu überlassen; es müssen darum besondere Häuser für Kinder mit offener Tuberkulose errichtet werden, in denen alle Vorkehrungen zu ihrer Heilung getroffen sind, wo aber auch ihre geistige Ausbildung durch Unterricht gewährleistet wird, damit man ihnen nicht „ihre Zukunft versperrt." Geheilte Kinder bleiben dann dauernd unter der Ueberwachung des Schul- und Fürsorgearztes.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Kurzsichtigkeit und Schule. Von Prof. Dr. Georg Levinsohn, Augenarzt in Berlin. Vortrag gehalten in der Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik am 13. November 1913. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1914, Nr. 4.

Die Frage über die Entstehung der Kurzsichtigkeit ist jetzt soweit geklärt, daß man praktische Konsequenzen aus den Ergebnissen ziehen kann. Die Kurzsichtigkeit ist vorzugsweise eine Affektion der Schule und nimmt hier von Klasse zu Klasse an Quantität und Intensität zu. Es wird hier nur gesprochen von der Kurzsichtigkeit, die durch Verlängerung der Achse entsteht. Alle bisherigen Theorien über die Entstehung der Myopie haben versagt.

Die vom Vortragenden angenommene Entstehungsart ist die: Durch die Beugung des Rumpfes und des Kopfes während der Naharbeit wird die Schwerkraft des Auges nach vorn gelegt und dadurch entsteht die Tendenz, das Auge vom Sehnerven loszutrennen. Die Gebilde, die das Auge festhalten, sind so dehnungsfähig, daß sie dem vorrückenden Bulbus nur bis zu einer bestimmten Grenze nennenswerten Widerstand leisten. Beim gebeugten Kopfe verschiebt sich die Schwerkraft des Auges einmal nach der Nasenseite zu, und zweitens hat sie — wie gesagt — die Neigung, das Auge vom Sehnerven loszutrennen.

Bei Geltung dieser Theorie, daß die Myopie entstehen soll durch Beugung des Kopfes und Rumpfes bei Naharbeit fällt auf, daß Berufe wie Uhrmacher, Goldarbeiter, Juweliere, Feinstickerinnen, wenig Kurzsichtige in ihren Reihen haben. Das kommt aber daher, daß diese Arbeiter in der Regel auf niedrigen Schemeln an hochstehenden Arbeitstischen oder an großen Stickrahmen tätig sind, so daß sie das Auge ohne Kopfbeugung oder stärkere Rumpfbeugung der Arbeit nähern können.

Diese Annahme ist auch durch das Experiment festgestellt, das an Hunden, Katzen, Kaninchen und Affen ausgeführt wurde, derart, daß die Tiere gezwungen wurden, eine besondere Kopf- oder Rumpfhaltung anzunehmen.

Auch die mikroskopische Untersuchung der entsprechenden Präparate hat die Richtigkeit dieser Theorie bestätigt.

Natürlich spielt noch eine gewisse Disposition eine Rolle, die eine angeborene oder erworbene sein kann. Besonders die erworbene ist zu berücksichtigen. Unter ihr wird man allgemeine Körperschwäche verstehen; hiermit stimmt es überein, daß Kurzsichtigkeit nicht selten bei Kindern unmittelbar im Anschluß an langwierige und erschöpfende Krankheiten auftritt.

Die Schlußfolgerungen aus der Theorie sind die, daß die Rumpf- und Kopfbeugung ausgeschaltet werden muß durch entsprechend konstruierte Schulbänke. Vielleicht ist auch die Einführung der geraden Schrift, die den Schüler zu einer mehr oder weniger geraden Haltung anregt, hier von Bedeutung. Der Körperschwäche, die eine Disposition zur Kurzsichtigkeit darstellen würde, kann durch gymnastische Uebungen, Sport usw. entgegengewirkt werden.

Dr. Hoffmann-Berlin.

---

2. Jugendfürsorge.

Der staatliche Beirat für körperliche Erziehung in Ungarn. Von Dr. Adolf Imba-Budapest. Privatdozent für Schulhygiene. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1914, Nr. 1.

Der staatliche Beirat für körperliche Erziehung, der durch den Unterrichtsminister Julius von Jankovich 1913 ins Leben gerufen ist, besteht aus 2 Abteilungen: eine für die körperliche Erziehung in der Schule und eine zweite für die Körperpflege außerhalb der Schule. Die Mitglieder (34) werden vom Unterrichtsminister ernannt; 2 sind Delegierte des Königlich ungarischen Landwehrminister, die ärztliche Wissenschaft ist durch 2 Schulärzte und 4 Aerzte vertreten, Präsident des Beirates ist der Minister selbst. Die Aufgaben des Beirats bestehen im Studium der vaterländischen und der auswärtigen Körpererziehung und Pflege, in Gewinnung verschiedenster Kreise für eine rationelle Körperpflege, in Ausarbeitung von Vorschlägen für das Ministerium und im Abgeben von Gutachten über prinzipielle Fragen. — Ein gesetzlicher Fonds ist zu Zwecken der Körperpflege begründet, und zwar auf folgende ergötzliche Weise: Die Totalisarsteuer ist um fünf Prozent erhöht, hiervon sind 2 °/₀ der körperlichen Ertüchtigung gewidmet. Da die Wettrennsteuer 30 Millionen Kronen jährlich erzielt, kommen dem guten Zwecke 600000 Kronen zu! Man hofft, daß dadurch die Fragen der Schulhygiene und die Schularztfrage ihrer Lösung zugeführt werden. Dr. Solbrig-Königsberg.

Tagesnachrichten.

Verlängerung der Amtsdauer der Aerztekammern von Preußen. Mit Rücksicht auf den Krieg ist die Verlängerung der Amtsdauer der preußischen Aerztekammern, die am 31. Dezember d. J. abläuft, durch Königl. Verordnung vom 24. September 1914 bis zum 31. Dezember 1915 verlängert, so daß die Neuwahlen erst im November 1915 stattzufinden haben.

Ehrentafel.[1]) **Es haben erhalten das Eiserne Kreuz I. u. II. Klasse:** Generalarzt d. L. Prof. Dr. Koerte-Berlin. **Das Eiserne Kreuz II. Klasse:** Stabsarzt Dr. Adam-Cöln a. Rh., Oberstabsarzt Dr. Arimond-Neiße i. Schl., Stabsarzt der Res. Dr. Armknecht-Worms, Stabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Prof. Dr. Arnsperger-Dresden, Stabsarzt d. L. Erich Aulhorn-Dresden, Stabsarzt der Res. Dr. Hans Bamberg-Werder bei Potsdam, Stabsarzt der Res. Dr. Franz Bannes-Breslau, Stabsarzt d. L. Dr. Friedrich Baum-Breslau, Oberarzt der Res. Dr. Beerholdt-Alberschweiler (Lothringen), Stabsarzt d. L. Dr. Benario-Frankfurt a. M., Stabsarzt Dr. Bergel-Rastatt, Stabsarzt der Res. und Reg.-Arzt Dr. Heinrich Bergemann-Husum (Schleswig), Stabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Dr. Kurt Berger-Dresden, Oberstabsarzt Prof. Dr. Berghaus-Metz, Unterarzt der Res. Dr. Friedrich Beum (Inf.-Reg. 106), Stabsarzt der Res. Dr. Biese-Düsseldorf, Stabsarzt Dr. Bingel-Halberstadt, Ass.-Arzt Dr. Karl Bingler-Hildesheim, Stabsarzt d. L. Dr. Birnbach-Bitburg (Reg.-Bez. Trier), Stabsarzt der Res. Dr. Richard Böse-Breslau, Oberstabsarzt Dr. Bornickoel-Königsberg i. Pr., Stabsarzt d. L Dr. Bourwing-Leer (Ostfriesland), Stabsarzt Dr. Braune-Rudolstadt, Stabsarzt Dr. Brekle-Ludwigsburg (Württemberg), Stabsarzt der Landwehr und Reg.-Arzt Dr. Bresler-Lüben (Reg.-Bez. Liegnitz), Stabsarzt d. L. Prof. Dr. Bürker-Tübingen, Generaloberarzt Dr. Burdach-Dresden, Stabsarzt der Res. Dr. Walter Cartsburg-Schandau (Königreich Sachsen), Stabsarzt Dr. Heinrich Clausnitzer-Stuttgart, Oberstabsarzt d. L. Dr. H. Cramer, San.-Rat in Zehlendorf bei Berlin, Stabsarzt der Res. Dr. Daniel-Aurich (Ostfriesland), Oberstabsarzt d. L. Dr. Danielsen-Beuthen (Oberschlesien), Stabsarzt der Res. Dr. **Dohrn,** Kreisarzt in Hannover, Generaloberarzt Dr. Doebbelin-Düsseldorf, Stabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Dr. Theodor Drießen-Bocholt (Westf.), Stabsarzt d. L. und Chefarzt eines Feldlazarettes Dr. Dunzelt-Dresden, Stabsarzt und Privatdozent Dr. Eckert-Berlin, Stabsarzt der Res. Dr. E. Eckstein-Königshütte i. Schl., Unterarzt Albert Eckstein-Ulm, Feldunterarzt Dr. Anton Eiben-Hannover, Stabsarzt d. L. Dr. Ehrmann-Adlershof bei Berlin, Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Eisenhut-

---

[1]) Die Namen der Medizinalbeamten sind fett gedruckt.

Göttingen, Stabsarzt d. L. Dr. Hermann Engel-Berlin-Schöneberg, Stabsarzt Dr. Flemming-Berlin, Stabsarzt d. L. Dr. Adolf Frank-Berlin, Stabsarzt d. R. Dr. Frey-Dunsdorf (Württemberg), Stabsarzt d. L. u. Reg.-Arzt Dr. Fröhmer-Dresden, Oberarzt Dr. Futh-Celle, Stabsarzt d. L. Dr. E. Gebauer-Wittenberge (Reg.-Bez. Potsdam), Unterarzt Ernst Gerlach-Berlin-Steglitz, Stabsarzt d. L. Dr. Giersbach-Gießen i. Hessen, Ass.-Arzt der Res. Dr. Friedr. Giffhorn-Baruth (Prov. Brandenburg), Stabsarzt d. L. Dr. Joh. Goebel-Göda bei Bautzen, Oberarzt d. L. Dr. Goos, Kreisassistenzarzt in Gifhorn, Oberarzt der Res. Dr. Göring, Privatdozent in Gießen, Stabsarzt der Reserve und Reg.-Arzt Dr. Gottschalk-Stuttgart, Oberstabs- und Divisionsarzt Dr. Gramann-Trier, Oberstabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Dr. Gottschalk-Stuttgart, Oberarzt der Res. Dr. Gottschalk-Charlottenburg, Unterarzt der Res. Dr. Graetz, Stabsarzt d. L. Dr. Graffunder-Elbing, Stabsarzt der Res. Dr. Grape, Kreisarzt in Salzwedel, Stabsarzt Dr. Groos-Remscheid (Rheinprovinz), Stabs- u. Reg.-Arzt Dr. Rudolf Gruner-Posen, Stabsarzt d. L. Dr. Grunert-Blankenburg i. H., Stabsarzt d. L. Dr. Grunert-Charlottenburg, Generaloberarzt d. R. Hofrat Dr. Haenel-Dresden, Oberarzt d. R. Dr. Hugo Hanf-Breslau, Dr. Hartmann (Inf.-Reg. Nr. 121), Unterarzt Fritz Hartmann-Chemnitz, Feldunterarzt Dr. Hebenstreit-Leipzig, Generalober- u. Div.-Arzt Dr. Heckmann-Berlin, Stabs- u. Reg.-Arzt Dr. Heere-Breslau, Stabsarzt d. L. Dr. Heitzmann-Berlin, Stabsarzt d. L. Dr. M. Henius-Berlin, Stabsarzt d. R. Dr. Henning (Inf.-Rgt. Nr. 162), Ass.-Arzt Dr. Herschner-Ahlen (Rgbz. Münster), Stabsarzt Dr. v. Heus-München, Stabsarzt d. L. u. Reg.-Arzt Dr. Wilh. Hinneberg-Neukalen (Mecklenburg-Schwerin), Ass.-Arzt d. R. Dr. Hans Georg Hirsch-Berlin, Ass.-Arzt der Res. Dr. Hodiesne-Leipzig, Stabsarzt Dr. Hans Hofmann-Dresden, Oberarzt Dr. Hoene-Mannheim, Stabsarzt d. Res. und Reg.-Arzt Dr. **Albrecht Holz**, Med.-Rat und Bezirksarzt in Leipzig, Oberarzt d. Res. Dr. Wolfgang Honecker-Dresden, Oberarzt d. L. Dr. A. Hoppe-Emden, Generalober- und Divisionsarzt Dr. Hormann-Rastatt, Stabsarzt der Res. Dr. Oskar Hornung-Mindelheim, Oberstabsarzt Prof. Dr. Hübener-Charlottenburg, Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. Jander-Beuthen (Oberschl.), Stabsarzt d. R. Dr. Jessen-Celle, Prof. Dr. Jolly-Berlin, Stabsarzt Dr. Kahle-Königsberg i. Pr., Stabsarzt der Res. und Reg.-Arzt Dr. Heinrich Kapuste-Ratibor (Oberschles.), Prof. Dr. Kausch, Direktor des Augusta-Viktoria-Krankenhauses in Schoeneberg bei Berlin, Stabsarzt Dr. P. Kayser-Berlin, Stabsarzt Dr. H. Kayser-Altona, Oberarzt der Res. Dr. Keller-Schlegel (Reg.-Bez. Breslau), Stabs- und Reg.-Arzt Dr. Kickton-Erfurt, Stabsarzt Dr. Kirsch-Marienberg (Königr. Sachsen), Stabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Dr. Klare-Dresden, Stabsarzt der Res. Dr. Knaut-Neu, stettin (Pommern), Stabsarzt der Res. Dr. Oskar Köhl-Naila (Oberfranken), Stabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Dr. Köhne, San.-Rat in Weidenau (Westf.)- Stabsarzt Dr. Koschel-Berlin, Oberstabsarzt der Res. Dr. Königsberger-Berlin, Stabsarzt der Res. und Reg.-Arzt Dr. Krahl-Bautzen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kraus-Berlin, Oberstabsarzt Dr. Krause-Berlin, Ass.-Arzt d. Res. Dr. D. Krüger-Weißensee bei Berlin, Stabsarzt der Res. Dr. Max Krüger-Kottbus, Stabsarzt Dr. Kühns (Inf.-Reg Nr. 161), Stabsarzt der Res. Dr. Georg Kunicke-Berlin, Reg.-Rat Prof. Dr. **Lange**, Mitglied des Kaiserl. Gesundheitsamtes-Berlin-Dahlem, Oberarzt Dr. B. Lange-Lichterfelde (bei Berlin), Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. Joh. Langheld-Darmstadt, Stabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Dr. Laubenburg-Remscheid, Oberarzt der Res. Dr. Jacob Lauffs-Leipzig, Ass.-Arzt d. R. Dr. Lorenz Lehmann-Hof (Bayern), Stabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Dr. Wilh. Lehmann-Stettin, Oberstabsarzt d L. Prof. Dr. Rud. Lennhof-Berlin, Stabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Dr. Franz Liebenow, San.-Rat in Offenbach a. M., Oberarzt d. R. Dr. Gottfried Lieschke-Altona, Unterarzt d. R. Dr. H. Lieschke, Oberarzt d. R. Dr. Alfr. Lindemann-Berlin, Stabsarzt Dr. Konrad Lißner-Bautzen, Stabsarzt d. R. Prof. Dr. Loening-Halle a. S., Stabsarzt d. R. Dr. Luecken-Oldenburg (Großherzogt.), Stabsarzt Dr. Maaß (bisher in Südwestafrika), Oberarzt Dr. Freiherr v. Maltzahn-Berlin, Stabsarzt d. Res. Dr. Mandowski-Breslau, Oberarzt Dr. Manzhardt, Ass.-Arzt d. Res. Dr. M. Margulies-Dalldorf b. Berlin, Stabsarzt der Res. Prof. Dr. Max Martius-Berlin, Stabsarzt d. R. Paul Martius-Karstädt (Reg.-Bez. Potsdam), Oberarzt d. L. Dr. Marx (Inf.-Reg. Nr. 100),

Oberarzt d. R. Dr. Wilh. Maßmann-Frechen b. Cöln a. R., Stabs- u. Reg.-Arzt Dr. Meltzer-Freiberg i. Sachsen, Stabs- u. Reg.-Arzt Dr. Gottfr. Meßmer-Heidelberg, Oberarzt d. Res. Dr. W. Mißmahl-Riedlingen (Württemberg), Stabsarzt d. Res. Dr. Rud. Möllenberg-Lützen bei Merseburg, Unterarzt d. Res. Dr. Mogwitz-Düsseldorf, Oberarzt d. L. Dr. Ferd. Müller-Andernach (Reg.-Bez. Coblenz), Stabsarzt d. Res. u. Reg.-Arzt Dr. Joh. Müller-Zittau, Oberstabsarzt u. Reg.-Arzt Dr. Müller-Güstrow (Mecklenburg-Schwerin), Oberarzt d. Res. Ad. Müller-Lübbecke (Reg.-Bez. Minden), Unterarzt Friedrich Müller-Bautzen, Stabsarzt d. L. Dr. Mutert-Osnabrück, Korps- u. Generalarzt Dr. Naether-Dresden, Stabsarzt d. Res. Dr. Neddersen-Aurich (Ostfriesland) Feldunterarzt d. Res. Dr. Rich. Naundorf-Bernburg (Arfelt), Stabsarzt Dr. Nordemann-Blankenburg (Harz), Oberarzt Dr. Walter Nickol-Daaden (Reg.-Bez. Coblenz), Stabsarzt d. Res. Dr. Nußbaum, Stabs- u. Bat.-Arzt Dr. Ohlemann-Göttingen, Stabsarzt d. L. Dr. Paderstein-Berlin, Einj.-Freiw. Arzt Dr. Pätzmann-Wagenfeld (Reg.-Bez. Hannover), Oberarzt d. L. Dr. Pagels-Frankfurt d. O., Stabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Dr. Pape, San.-Rat in Herford, Stabsarzt d. L. Dr. Ernst Petermann-Bielefeld, Stabsarzt d. L. Dr. Petrich-Zwickau, Oberstabsarzt Dr. Pfeilschifter-Neu-Ulm, Stabsarzt Dr. Rabiger-Gleiwitz, Oberarzt Prof. Dr. Ramstädt-Münster i. W., Stabsarzt d R. Dr. Rauschenbach-Frose (Anhalt), Stabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Dr. Paul Reershemius-Saarbrücken, Korpsarzt Dr. Reinhardt, Stabsarzt d. L. Dr. Werner Reipen-Siegen (Westfalen), Privatdozent Dr. Paul Reyher-Berlin, Oberarzt Dr. Rhode-Berlin, Marinestabsarzt Dr. Roescher-Wilhelmshaven, Oberarzt Dr. Roeschmann, Unterarzt Dr. Rosenfeld-Berlin, Oberstabsarzt Prof. Dr. Rumpel-Berlin, Stabsarzt der Res. Dr. Heinrich Scheuer-Charlottenburg, General-Oberarzt Ober-Med.-Rat Dr. **v. Scheuerlen**-Stuttgart, hygienischer Berater beim Stabe des XIII. Armeekorps, Stabs- und Bat.-Arzt Dr. **Schirow**, Kreisassistenzarzt in Harburg a. E., Stabsarzt Dr. Schlüter (Landw.-Reg. Nr. 101), Assistenzarzt Dr. Schmerl-Neisse, Stabsarzt der Res. Dr. H. Schmidt-Berlin, Stabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Schmidt-Wilmersdorf bei Berlin, Stabsarzt der Res. Dr. Walter Schrader-Nörenberg i. Pommern, Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. Wilhelm Schulz-Mülheim a. Ruhr, Stabs- und Bat.-Arzt Dr. Schulz-Dresden, einjährig-freiwilliger Unterarzt Dr. Alexander Schüppel-Burkhardtsdorf bei Chemnitz, Stabsarzt der Res. Dr. Johann Schuster-Wiedensahl (Reg.-Bez. Hannover), Stabsarzt der Res. Dr. Theodor Schwedenberg-Berlin, Stabsarzt d. L. Dr. Seebens-Bierstadt bei Wiesbaden, Stabsarzt d. L. Dr. **Stakemann**, Kreisarzt in Walsrode, Oberstabs- und Divisionsarzt Dr. v. Staden-Hamburg, Stabsarzt d. L. Dr. Wilh. Stahl-Hannover, Stabsarzt d. R. u. Reg.-Arzt Dr. Friedr. Stähler-Siegen i. Westf., Stabsarzt d. L. Dr. Stegmann, Nervenarzt in Dresden, Stabsarzt und Privatdozent Dr. E. Stier-Berlin, Oberstabsarzt Prof. Dr. E. Stuertz-Cöln, Stabsarzt Dr. Thalacker-Leipzig, Stabsarzt d. L. Dr. Thiel-Kohlfurt (Reg.-Bez. Leipzig), Stabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Prof. Dr. Thiemich-Leipzig, Assistenzarzt Dr. Walter Toennies-Borna (Königr. Sachsen), Stabs- und Reg.-Arzt Dr. Thomschke-Metz, Oberarzt der Res. Dr. Karl Tittel-Dresden, Stabs- und Reg.-Arzt Dr. Trinkauf-Wilschdorf (Königr. Sachsen), Stabsarzt d. L. Dr. Trompke-Namslau (Reg.-Bez Breslau), Assistenzarzt der Res. Dr. Paul Unna-Hamburg, Stabsarzt der Res. Dr. Vayhinger-Schramberg (Württemberg), Assistenzarzt Dr. Vogel, San.-Rat Dr. Volkwein-Sigmaringen (Blutvergiftung), Stabs- und Bat.-Arzt Dr. Vormann-Angermünde (Reg.-Bez. Potsdam), Stabsarzt der Res. und Reg.-Arzt Dr. Wegener-Chemnitz, Oberarzt der Res. Dr. Karl Weih-Köln a. Rh., Stabsarzt d. L. Dr. Weise-Schneeberg (Königr. Sachsen), Assistenzarzt Dr. Wilh. Weißenberg-Königsberg i. Pr., Generaloberarzt Dr. Wendel in Stuttgart, Stabsarzt Dr. Weyer-Aurich, Assistenzarzt Dr. Wiechmann-Hannover, Oberarzt Dr. O. Wieck-Berlin-Grunewald, Assistenzarzt der Res. Dr. Wiener (17. Inf.-Reg.), Oberarzt d. R. Dr. Gottfried Windelschmidt-Cöln a. Rh., Stabsarzt d. Res. Dr. Witt-Bautzen, Oberarzt Dr. Georg Rich. Wolf-Pudewitz bei Posen, Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. Zemke-Wiesbaden, Generalober- und Div.-Arzt Dr. Ziemann-Saarburg (Lothringen), Stabsarzt der Res. Dr. Zimmermann-Zittau (Sachsen); zusammen **221**.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gestorben sind ferner folgende 18 Aerzte: [1])

Ass.-Arzt der Res. Dr. K. Alber aus Neubreisach, Stabsarzt der Res. Dr. A. Dessauer aus München, Feldunterarzt Dr. Diebitsch, Knappschaftsarzt in Rothenbach (Reg.-Bez. Liegnitz), Stabsarzt der Res. Dr. **Friese,** Kreisassistenzarzt und Assistent am Medizinal-Untersuchungsamt in Koblenz, Unterarzt der Res. Dr. Gollwitzer, Unterarzt der Res. Dr. Gortan aus Berlin-Halensee, Stabsarzt der Res. Dr. Grillmeier aus Falkenstein (Oberpfalz), Stabsarzt d. L. und Reg.-Arzt Harke aus Friedeburg (Reg.-Bez. Hannover, Stabsarzt der Res. Dr. Ernst Hensen, leitender Arzt der Heilstätte Sonnenberg bei Saarbrücken, Ass.-Arzt der Res. Dr. A. Hörder aus Godesberg a. Rhein, Stabsarzt der Res. Prof. Dr. Kirchheim aus Marburg, Stabsarzt der Res. Dr. Lembach aus Cöln a. Rhein, Oberarzt der Res. Dr. Max Lichtenberger aus Görwihl (Baden), Stabsarzt Prof. Dr. Loeb-Göttingen, Ass.-Arzt d. R. Dr. **W. Mulsow,** Assistent am Institut für Infektionskrankheiten in Berlin, Feldunterarzt Rettich, Stabsarzt der Res. Dr. Walter Schrader aus Nörenberg i. Pommern, Stabsarzt d. L. Dr. Erwin Schwarz, leitender Arzt am städtischen Krankenhause in Idar (Fürstentum Birkenfeld), Ass. der Res. Dr. Kurt Weichsel-Leipzig, Oberarzt der Res. Dr. Wolf aus Nieder-Saulheim (Rheinhessen).

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 13. bis 26. September 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rotz, Rückfallfieber, Aussatz, Tollwut, Fleckfieber, Pocken, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: — (—), — (—); Milzbrand: 1 (—), 2 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 1 (—), — (—); Unterleibstyphus: 351 (36), 400 (25); Ruhr: 217 (7), 941 (11); Diphtherie: 1513 (111), 1524 (110); Scharlach: 1770 (91), 1763 (88); Kindbettfieber: 66 (23), 83 (16); Genickstarre: 2 (1), 3 (2); spinaler Kinderlähmung: 3 (1), 7 (1); Körnerkrankheit (erkrankt): 41, 33; Tuberkulose (gestorben): 556, 608.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes P. in H.: Im Auftrage des Bezirks-Ausschusses habe ich als Sachverständiger einen Termin an meinem Wohnort wahrgenommen. Habe ich dafür Gebühren zu beanspruchen?

Antwort: Im Verwaltungsstreitverfahren (§ 108 Abs. 1 L.V.G.) steht den Kreisärzten nach § 3 des Gebührengesetzes in allen Fällen ein Anspruch auf Gebühren zu, im Beschlußverfahren (§ 134 L. V. G., § 32 R. G. O.) nur dann, wenn ihre Ladung durch Anträge und unbegründete Einwendungen der Beteiligten veranlaßt ist. In den übrigen Fällen haben sie gemäß § 1 des Gebührengesetzes keinen Anspruch auf Gebühren, da die Kosten der Staatskasse zur Last fallen.

---

[1]) **Berichtigung:** In Nummer 19 sind Oberstabsarzt Dr. L. Sauberzweig aus Balingen (Württemberg) und Oberarzt Dr. O. Wieck aus Berlin-Grunewald als verstorben aufgeführt; es beruht dies auf einen Irrtum; beide Aerzte sind am Leben und haben das Eiserne Kreuz II. Klasse erhalten. Statt Dr. L. Sauberzweig muß es außerdem „Dr. L. Sauberschwarz" heißen. Auch der als verstorbenen gemeldete Dr. Willy Bänsch-Breslau ist erfreulicherweise noch am Leben. Die Gesamtzahl der auf dem Felde der Ehre bisher gefallenen Aerzte beträgt somit bis jetzt 58 — 3 + 20 = 75.

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 21. Ausgegeben am 5. November 1914.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 21.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem San.-Rat Dr. Knipping in Neuwied; — der Kronenorden II. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Dr. Sauder, bisher Direktor der städtischen Irrenanstalt Daldorf bei Berlin; — derselbe Orden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Tuczek in Marburg.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Ehrenkreuzes II. Klasse mit der silbernen Krone und Schwertern des Großherzogl. Oldenburgischen Haus- und Verdienstordens des Herzogs Peter Friedrich Ludwig: dem Marinestabsarzt Dr. Brahms in Wilhelmshaven; — des Ritterkreuzes II. Klasse des Sächsischen Ernestinischen Hausordens: dem Marineassistenzarzt der Res. Dr. v. Hase in Jena.

Gestorben: Geh. San.-Rat Prof. Dr. Steiner in Cöln a. Rh., Geh. San.-Rat Dr. Lud. Brandes in Hildesheim, San.-Rat Dr. Fritz Paul in Berlin, Med.-Rat Prof. Dr. Thomsen in Bonn, komm. Mitglied des Provinzial-Medizinalkollegiums für die Rheinprovinz, Prof. Dr. Brieger in Breslau, Dr. Wieczoreck in Danzig, Dr. Lilienthal in Neukirch (Westpreußen), Dr. Schrock in Landsberg a. Warthe, Prof. Dr. Josef Esser in Bonn, San.-Rat Dr. Kornblum, Kreiswundarzt z. D. in Wöhlau (Schlesien), San.-Rat Dr. Simon in Bromberg.

Königreich Bayern.

Ernannt: Prof. Dr. Riedinger in Würzburg zum Suppleanten des dortigen Medizinalkommitees, prakt. Arzt Dr. Sudorf in Marktschellenburg zum Bezirksarzt in Grafenau.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Stickl in Ebern in gleicher Eigenschaft nach Füssen.

Gestorben: Hofrat Dr. Ritter v. Pfistermeister, Med.-Rat Dr. Chr. Lutz und Dr. Alfred Colin in München.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Ritterkreuz I. Klasse des Albrechtsordens mit Schwertern: dem Oberarzt der Res. Dr. Göbel in Göda bei Bautzen.

Ernannt: Dr. Walter Braun in Neudorf zum Gerichtsassistenzarzt in Oberwiesenthal:

Gestorben: Dr. Hermann Knöfel in Dresden, Oberstabsarzt a. D. Dr. Richard in Wehrsdorf bei Bautzen, die Augenärztin Frau Dr. Knieper in Mittweida.

Königreich Württemberg.

Gestorben: Dr. Max Reif, Assistenzarzt am städtischen Krankenhause in Heilbronn.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Ernannt: Privatdozent Dr. W. Frieboes in Rostock zum außerordentlichen Professor und Direktor der dermatologischen Klinik.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Dr. Walter Grimm, ärztlicher Hilfsarbeiter beim Medizinal-Kollegium in Hamburg, Geh. Med.-Rat Dr. Walcher, Kreisarzt in Erstein (Unterelsaß).

27. Jahrg. **Zeitschrift** 1914.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Nr. 21.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Nov.

Die genitalen Blutdrüsen des Weibes im Dienste der Rasse und des Volkes.

Von Med.-Rat Dr. Graßl-Kempten.

Unter Blutdrüsen versteht man jene Drüsenart, die ihr Sekret direkt der Blutzirkulation und erst dadurch den einzelnen Organen zuführen. Den ganzen Hergang hat man mit der Bezeichnung „innere Sekretion“ belegt.

Erst in der Neuzeit hat man mit voller Schärfe erkannt, daß die Genitaldrüsen, die männlichen wie die weiblichen, nicht bloß zur Erhaltung der Art dienen, also Organe sui generis sind, sondern daß sie auch direkte und echte Blutdrüsen sind, also präparatorischen und nutritiven Charakter haben. Ebenso hat man das befruchtete Ei funktionell als eine echte Blutdrüse erfaßt. Experimentell am wenigsten ist der Blutdrüsencharakter der Milchdrüsen nachgewiesen, doch ist jeder Zweifel an dieser Charaktereigenschaft ausgeschlossen. Der Einfluß der hauptsächlichsten genitalen Blutdrüsen: Ovarien, Fötus, Mamma in biologischer Beziehung zusammenzustellen und ihre Bedeutung im Volks- und Rassenleben kurz zu würdigen, dürfte allgemeines

Interesse haben. Wir beschränken uns auf die weiblichen Blutdrüsen im Genitalsystem. Um das Wesen der Tätigkeit des Eierstockes zusammenfassend darstellen zu können, müssen wir auf die Befruchtung selbst zurückgehen.

Das neue Wesen entsteht durch die Vereinigung der beiden Keime (Gameten). Mit der Vereinigung ist auch das Geschlecht bestimmt. Während man früher im Ei das Geschlecht präformiert suchte, neigt sich jetzt die größere Anzahl der Biologen dazu, im Spermium die spezifische Geschlechtsanlage anzunehmen. Diese Anlage besteht darin, daß das Spermium entweder die Keime des Eierstockes oder die des Hodens in sich trägt. Eierstock und Hoden nennt man die Gonaden. Je nach der Gonadenanlage entsteht nun im befruchteten Ei entweder ein Männchen oder ein Weibchen, und zwar ist die Gonadenanlage die bewirkende Ursache. Jedes Individuum ist also die Wirkung seiner Gonade. Diese Wirkung beschränkt sich nicht bloß auf die Ausbildung der Gonade im Neuwesen, sondern der ganze Körper, Knochen, Haut, Blut, Nerven u. s. f. entwickelt sich entweder männlich oder weiblich. Ein Buschmann steht also dem Europäer wesentlich näher, als eine Schwester dem Bruder; denn der Unterschied zwischen Buschmann und Europäer ist graduell, der zwischen Bruder und Schwester essentiell.

Die nächste Aufgabe der Gonaden besteht also darin, das Menschengeschlecht in zwei Teile zu zerschneiden und dieser Aufgabe widmet sich der erste Teil seiner Tätigkeit. Dieser erste Teil umfaßt die Zeit, die zwischen dem Augenblick der Befruchtung bis zur Fruchtbarkeit des Individuums liegt. Von der Fruchtbarkeit an entfernen sich die bisher zwar getrennt, aber doch paralell verlaufenden Arbeitsrichtungen des Hodens und des Eierstockes weit voneinander.

Der Hoden behält im Manne seine Herrschaft bei bis zum Ende der Mannbarkeit und damit auch der Männlichkeit. Das Hodensekret verschärft nur die Entwicklungsrichtung, die in der Zeit vor der Geschlechtsreife vorhanden war.

Anders bei der Frau. Auch bei ihr behält der Eierstock zunächst die Herrschaft in der Sekretion ins Blut bei. Das reifende Ei verstärkt die weibliche Entwicklungsrichtung. Mit jeder Abstoßung eines reifen Eies wird im Körper des Mädchens eine durch die Zusammensetzung des Blutes hervorgerufene Revolution erzeugt, die durchweg den Charakter einer rudimentären Geburt hat. Menstruation und Geburtsvorgang sind wesentlich gleich. Bei beiden eine Abstoßung der abgelösten Innenhaut unter Blutverlust, Vergrößerung und nachfolgende Verkleinerung der Gebärmutter unter Wehen, bei beiden die Anschwellung der akzessorischen Genitaldrüsen, namentlich der Schilddrüse und der Brustdrüsen; bei beiden eine psychische Depression und eine herabgesetzte Widerstandsfähigkeit gegen die Gefahren der Umwelt. Menstruation und Gebärvorgang gleichen sich also sehr. Mit dem Augenblick der Be-

fruchtung des Eies in dem Körper der Mutter nimmt das befruchtete Ei den Charakter einer echten Blutdrüse an. Es produziert ein Sekret, das die Gebärmutter gierig aufnimmt und in das Blut überführt. Nach Bildung der Plazenta nimmt diese den Charakter eines Sekretbeutels an, wie wir solche Sekretbeutel z. B. an den Gelenken und den Gelenkdrüsen vielfach haben. Solange das Ei lebend in der Mutter sich befindet, hat es die Vorherrschaft in der Blutsekretion der Genitaldrüsen. Es setzt die des Eierstockes sowohl in der Produktion und Ausreifung der Eier, als auch in der Sekretion des Saftes, der von dem Eierstock in das Blut eindringt, außer Funktion, also als Art- und Individuumorgan. Das Sekret des lebenden Kindes ist wesentlich anders zusammengesetzt als das des Eierstockes. Das Blutsekret, das durch das lebende Kind erzeugt wird, ruft im Körper der Mutter Vorgänge hervor, die das Eierstock-Blutsekret nicht bewirken kann. So z. B. schwellen infolge der Wirkung des Kindsekrets die Brustdrüsen dauernd an und bereiten sich zur Milchung vor, die Schilddrüsen bleiben vergrößert; die Zirbeldrüse und die Nebennieren ändern sich. Unter dem Einflusse des Sekretes nimmt der Längenwachstum des Körpers der Mutter zu, die Fettablagerung mehrt sich; die Pigmentablagerung wird stärker, die Mutter wird voller und jugendlicher. Bei zu starker Sekretion des Kindes treten Erscheinungen ein, die wir unter dem Begriffe „allgemeine Schwangerschaftssymptome“ alle kennen und die manchmal den Charakter chemischer Vergiftung an sich tragen (Erbrechen). Mit dem funktionellen Tod des Kindes hört die Sekretion von seiten des Kindes in das Blut auf. Ob das Kind noch organisch mit der Mutter verbunden ist, also bei Tod des Kindes innerhalb des Mutterleibes, oder ob das Kind aus dem Mutterleib ausgestoßen wird, ist gleichgiltig. Nach dem funktionellen Tod des Kindes übernimmt die Milchdrüse die Vorherrschaft in der Sekretion des Genitalsystems in das Blut. Diese Vorherrschaft zeigt sich nach außen gegen das Kind durch Produktion der Milch, nach innen gegen das Mutterindividuum durch Hervorrufung gewaltiger Umwälzungen im Gebiete der Gebärmutter und durch Unterdrückung der Eireife. Unter dem Einflusse der Milchung entstehen erhöhte Kontraktionen und dadurch Zurückbildung der Gebärmutter. Die psychischen Verhältnisse nehmen den Charakter der Manie an. Ist die Menstruation und die Geburt die Konzentration aller psychischen Vorgänge auf die Eigenperson, also eine Verkörperlichung der Umwelt, so ist die Laktation die Exzentration des Körpers auf den Geist, also eine Vergeistigung des Körpers. Auch die Laktation setzt den Eierstock nach beiden Richtungen, nämlich in bezug auf die Art und auf das Individuum, außer Funktion.

Wir haben also beim Weibe im Gegensatz zu dem Manne, der zeitlebens unter der Herrschaft seiner Gonade steht, einen lokalen Wechsel der Genitalsekretion in bezug auf Mutterindividuum und auf die Art, und zwar haben wir eine örtliche Drei-

teilung: Eierstock, Gebärmutter, Brustdrüse. Nach allen unseren biologischen Kenntnissen haben wir neben der örtlichen auch eine zeitliche Dreiteilung.

Es scheint, daß Individuum und Art am besten fährt, wenn die drei Hauptstationen: Eierstock, Gebärmutter und Milchdrüse, zeitlich während der Fruchtfähigkeit die gleiche Dauer der Vorherrschaft haben. Nehmen wir 33 Jahre Fruchtfähigkeit beim Weibe an, so fallen also auf jede Station 11 Jahre.

Die Beobachtungen am Menschen haben uns gelehrt, daß es nicht notwendig ist, daß ein bestimmter Zyklus in der Reihenfolge eingehalten wird; es genügt, wenn die Gesamtsumme der zeitlichen Vorherrschaft ein Drittel der Fruchtfähigkeitszeit ausmacht. Wir dürfen ohne Schaden für Individuum oder Art die Vorherrschaft aneinander reihen. So ist es z. B. Kultureinrichtung geworden, die Vorherrschaft des Eierstockes am Anfange und am Ende der Fruchtfähigkeit durch Unterdrückung der Befruchtung zu häufen.

Wir haben die Gewohnheit angenommen und diese Gewohnheit ist biologisch nicht nur schädlich, sondern sogar nützlich, die Befruchtung auf das mittlere Drittel der Fruchtfähigkeit zusammen zu drängen.

Wenn wir von der zeitlichen Dreiteilung ausgehen, so haben wir 12 Kinder als Höchstleistung des Optimums. Die große Anpassungsfähigkeit des Individuums an die Umwelt ist aber die Ursache, daß wir nicht sklavisch an diese Zahl gebunden sind. Der weibliche Körper begnügt sich zweifellos mit einer geringeren Abwechselung. Aber die Anpassungsmöglichkeit ist nicht unbegrenzt. Die unterste Grenze des Wechselbedarfes steht noch nicht fest. Nach meinen Beobachtungen und statistischen Erfassungen genügt es, wenn das Weib das mittlere Drittel der Geschlechtsfähigkeit vollständig ausnutzt durch Ovulation, Gravidität und Laktation. Das würde also als Minimum des Reizwechsel-Optimums 5 Kinder ergeben. Zwischen 5—12 Kindern liegt somit das Gebäroptimum, wobei man dem Individuum die Wahl der Zahl nach Ermessen aus wirtschaftlichen, sittlichen, gesellschaftlichen Gründen unbedingt einräumen kann.

Im allgemeinen empfiehlt es sich, mit dem Beginn der Ehe auch die Befruchtung eintreten zu lassen. Die neue Lehre, daß der Anfang der Ehe zum Genusse und zur Bereitstellung wirtschaftlicher Güter zu verwenden sei, halte ich für gefährlich. Derartige Eheleute kommen von der Kindereinschränkung nicht mehr weg und pflegen unterfruchtig zu bleiben.

Völlig unklar ist es uns, welche Gründe wirksam waren, die die Fruchtfähigkeit der Frau um einer Generationsdauer (15 Jahre) früher beendigten, als die des Mannes; der „Zweck“ ist ja klar. Die Aufzucht der letzten Brut durch die Mutter bis zur Geschlechtsreife wird dadurch gesichert. Möglich wäre es, daß die gekürzte Fruchtfähigkeit des Weibes auf dem Wege der Auslese zustande gekommen ist. Entweder unter der Mit-

wirkung der Vielweiberei oder der des prophylaktischen Coitus haben unsere Vorfahren die lang-fruchtbaren Frauen in der Fortpflanzung ausgeschaltet. Auf diesem Wege wäre auch eine Beobachtung der Neuzeit zu erklären, daß die städtischen und anderen unterfruchtigen Frauen die Menstruation und damit die Fruchtfähigkeit eher zu verlieren scheinen als die vollfruchtigen Landfrauen.

Die Befriedigung des spezifischen Bedürfnisses des Weibes an die innere Sekretion ist der Kern der Rassefrage und der Erhaltung des Volkes in Quantität und Qualität.[1])

Der Ausfall der Blutsekretion, vermittelt durch die sekundären Geschlechtsdrüsen, macht sich bei der Frau mehrfach geltend.

Die Zahl der zur Abstoßung kommenden Eier ist von vornherein bestimmt. Je schneller diese Abstoßung vor sich geht, desto größer ist die Gefahr der vorzeitigen Alterung. Auch darin mag ein Grund für den Unterschied der Menstruationsdauer liegen. Es ist gar nicht so unmöglich, wie die Berufsstatistiker glauben, daß unsere physische Generations-Potenz doch zurückgeht, allerdings nicht so, daß wir nicht mehr Kinder zu erzeugen imstande wären, aber doch so, daß die physische Potenz und ihr Trieb dazu im Leben des Individuums nicht mehr die Rolle spielt, wie früher oder wie bei den Bauern. Die Versuche des Eierstockes, das Ei dem Zwecke zuzuführen,

---

[1]) Stets ist es das Ei, das den Reizstoff liefert; im Eierstock das reifende Ei, im Uterus das befruchtete und in der Brustdrüse das geborene. Bei jeder Station steht dem Ei ein großer Apparat von Hilfsdrüsen und anderen Hilfsorganen zur Verfügung, die nicht bloß die Eitätigkeit unterstützen, sondern in gewissen Fällen sogar ersetzen können. Mit Hilfe der Innenlehre kann man die so komplizierte Lehre von der Ausstoßung auf eine sehr einfache Formel zurückführen. So lange zwischen dem Innengehalt des reifenden Eies und der Frau eine Differenz besteht, so lange also das Blut der Frau aufnahmefähig ist, so lange ist das reifende Ei eine echte Blutdrüse. Ist aber zwischen dem Innengehalt des reifenden Eies und dem Blute der Frau das Gleichgewicht hergestellt, so geht der Charakter der Blutdrüse verloren; das Ei wird zum Fremdkörper und wird wie alle Rundfremdkörper ausgestoßen und zwar hier unter den echten Erscheinungen der Geburt. Ebenso ist es mit dem befruchteten Ei. Auch der Fötus ist nur so lange eine Blutdrüse, bis das Blut der Mutter gesättigt ist; dann wird er zum Fremdkörper und wird ausgestoßen. So lange das Kind einen größeren Reiz auf die Brustdrüse ausüben kann, als die Rückbildung des Körpers der Mutter gegenteilig wirkt, so lange bleibt es an der Brust. — Das Erstgeborene findet jungfräuliches Blut der Mutter vor; muß also viel Hormone abgeben und bleibt in der Entwicklung zurück. Mit jeder nachfolgenden Befruchtung wird die Mutter dem Vater mehr blutsverwandt; denn das Hormon ist Produkt der beiden Gameten, also auch der beiden Träger der Gameten. Findet eine sehr zahlreiche Befruchtung durch den gleichen Mann statt und namentlich findet die Nachbefruchtnng sehr rasch statt, so kann sich das Blut der Mutter nicht mehr enthormonisieren; der Fötus leidet unter Hormonstauung. Im Einklang damit steht die Erfahrung über den Einfluß der monogenen Ehe auf die Nachkommen und die Bedeutung der Brustdrüsentätigkeit in der Richtung des nachfolgenden Kindes. — Nicht bloß die Reihe der passiven Befruchtung der Mutter, sondern auch die Reihe durch den gleichen Mann sollte medizinwissenschaftlich erforscht werden.

werden bei jeder Befruchtung mit Laktation seltener und zwar fallen bei jedem Kinde etwa 22 Menstruationen aus, also bei 7 Kindern etwa 150 Menstruationen mit je 3 Menstruationstagen, das sind 450 Menstruationstage mit all dem, was drum und dran hängt, weniger. Daß die Beschwerden dieser Menstruationen die Beschwerden der Befruchtung und des Stillens wenigstens zum Teil aufzuheben imstande sind, ist zweifellos. Die Ringgesetzmäßigkeit in der Natur zeigt sich auch hier. Mütter mit guter Gesundheit haben mehr Kinder und Frauen mit voller Kinderzahl leben länger. Mitwirkend ist zweifellos auch die Psyche. Die Idee, den Mut zum Leben, als lebenerhaltenden Faktor erkennen wir immer mehr. Der seltene Selbstmord vollfruchtiger Frauen trotz der erhöhten Sorge und Mühe der Kinderaufzucht ist hierin mitbegründet. Durch den ausschließlichen Eierstockreiz verarmen wir an Muttertrieb. Mag man die Entstehung des Muttertriebes mit der Reifung des Eies annehmen oder mit dessen Befruchtung, immer ist das Heranwachsen der Frucht und die Darreichung der Brustdrüsen an das Kind wohl der wichtigste Faktor für die Höhe des Muttertriebes. Die Bedeutung des Muttertriebes ist aber gerade bei den Kulturvölkern gestiegen. Die Kultur bringt uns Individualreize, die den normalen Muttertrieb, wie das Triebleben überhaupt, in den Hintergrund zu drängen geeignet sind. Wenn nun noch dazu der Muttertrieb künstlich geschwächt wird, so entsteht ein Mißverhältnis. Die Höhe des Muttertriebes ist aber vielfach die Grundlage für die Lebensfähigkeit eines Volkes. Es scheint ferner, daß der Muttertrieb auch die Anregung für andere altruistische Triebe und Willensäußerungen ist. Je individualistischer der Zeitgeist ist, desto mehr haben wir Veranlassung, rassen- und sittenrettende Triebe zu pflegen.

Durch den Wegfall der Befruchtung ist die Konzentration der Psyche des Weibes, namentlich zur Zeit der Menstruation, auf die eigene Person ungewöhnlich hoch. Eine je größere Rolle die Menstruation im Leben einer Frau spielt, desto größer ist die Gefahr des allzu konzentrierten Egoismus. Die glatte Eigenliebe nicht oder gering befruchteter Frauen ist ja allgemein bekannt. Der Häterismus, der sich in allen Gesellschaftskreisen eindrängt, wächst und entnervt die Männer. Geringe Kinderzahl ist für das Volk eine ernste Gefahr der Verweichlichung. Die von dem unbefruchteten Weib geschaffenen Lebensgüter scheinen mir keine volle Aequivalenz dafür zu sein.

Einen weiteren Grund die nötige Anzahl der Befruchtung und der Stillung beizubehalten, deutet Kammerer an:

„Die Erfordernisse der verschiedenen, von den Gameten zu leistenden Arbeiten und damit die Arbeitsteilung selbst mußten allmählich auf ihren Träger und Besitzer übergehen. Die Vorrichtungen der getrennt geschlechtlichen Keimzellen, die der zukünftigen Entwicklung die besten Bedingungen bereiten, finden wir daher auch in der Eigenart des ganzen Körpers der Geschlechtstiere ausgeprägt: Wir finden beim Männchen das raschlebige Sachen, Werben, Haschen und Vergewaltigen, die Entfaltung der höchst vitalen Energie,

die extremste fortschrittliche Tendenz in Keimes- und Stammeientwicklung; und wir finden beim Weibchen das ruhige Erwarten, das konservative Stehenbleiben, die große Ausdauer, die zähe Geduld, die nimmermüde Widerstands- und hierdurch arterhaltende Kraft."

Zur Entwicklung dieser nach Kammerer ursprünglichen Rasseneigenschaften zu Geschlechtseigenschaften hat aber wohl auch der Einfluß des Keimlings im intraindividualen Leben der Eltern beigetragen und wohl auch die durch die Brustdrüsen vermittelten individuellen Veränderungen im Leben der Mutter.

Der Ausfall der Brustdrüsentätigkeit allein macht sich ebenfalls bei der Frau schwer geltend.

Vor allem leidet die Rückbildung der schwanger gewesenen Genitalapparate, der Gebärmutter insbesondere und der Scheide. Dann entsteht eine Anhäufung der Verfallprodukte im mütterlichen Körper mit allen Nachteilen derselben. Fällt die Laktation aus, so tritt sofort die Ovulation und Menstruation und damit die Gravidität wieder ein. Die rasche Befruchtung des Uterus nach ausfallender Laktation ist ein Heilungsprozeß gegenüber der allzu engen Blutmischung durch den Eierstock; aber dieser Heilungsprozeß ist gegenüber der Vollmutter doch eine Abnormität, vielleicht eine Krankheit. So sehr es naturwidrig ist, die schnelle Befruchtung nach Wegfall der Laktation künstlich zu verhindern, so sehr würde wiederholtes Auftreten des Heilungsprozesses das Individuum wieder schaden. Die einzige kausale Behandlung ist die intensive und lange Laktation.

Der Einwurf, daß unsere Frauen zur Laktation vielfach ungeeignet sind, ist nichts anderes als die Behauptung der Degeneration des Weibes der Gegenwart. Sie wird sicher übertrieben, und sollte es tatsächlich so sein, wie behauptet wird, dann ist es höchste Zeit, das degenerierte Weib vom Fortpflanzungsgeschäft auszuschließen. Insofern ist ja die Nichtbefruchtung nicht stillenkönnender Frauen natürliche Auslese.

Noch viel größer ist der Einfluß der ausfallenden Brustdrüsentätigkeit auf das Kind.

Ich will natürlich von den Schäden in klinischer Beziehung, den die Verweigerung der Brust dem Kinde bringt, ganz absehen und nur die völkischen Nachteile erwähnen.

Der Tod des nichtgesäugten Kindes ist um so wahrscheinlicher, je jünger das Kind ist. Im ersten Monate starben fünfmal so viel Flaschenkinder als wie Brustkinder bei gleichen Außenumständen. Vergleicht man die bayerischen Brustkinder Frankens und der Pfalz für das ganze Jahr bei gleichen oder doch fast gleichen Außenumständen mit den Flaschenkindern, so treffen auf drei Todesfälle der Brustkinder fünf Todesfälle der Flaschenkinder. Dieses Plus des Absterbens der Flaschenkinder kann durch intensive Brutpflege einschließlich „rationeller" Ernährung aufgehoben oder doch wesentlich verkleinert werden. Das Flaschenkind braucht fast noch einmal soviel Brutpflege als das Brustkind.

Diese erhöhte Brutpflege ist nationalökonomisch sehr teuer. Die Ausnützung der Nahrung durch das Kind ist verschieden, je nachdem die Nahrung durch die Brust der Mutter oder die der Kuh durchgeht. Im allgemeinen darf man sagen, daß die Kunstnahrung noch einmal so teuer ist, als die Brustnahrung. Es ist nationalökonomisch falsch, die einzig richtige und noch dazu billigere Muttermilch durch minderwertige und darum teuere Kuhmilch ersetzen zu wollen.[1]) Aber mit dem hat es noch nicht sein Bewenden. Ein Charakteristikum aller Kunstnahrung ist die Ueberfütterung. Diese Gewohnheit des jugendlichen Organismus, übermäßige Nahrung zu sich zu nehmen, behält das Kind in der Regel sein Lebtag bei. Der Vielfraß wird Volkserscheinung.

Um das gleiche Sterblichkeitsverhältnis bei den Brustkindern, wie bei den Naturkindern zu erzielen, bedarf es erhöhter Pflege, die natürlich nationalökonomisch zu bewerten ist.

Das mit Kuhmilch ernährte Kind unterliegt bekanntlich leichter den Infektionskrankheiten. Nach unserem jetzigen Wissen über die Immunität müssen wir die Ursache darin suchen, daß dem Brustkinde durch die Milch der Mutter Abwehrstoffe zufließen, die jenem völlig fehlen müssen, da die Kuh entweder gegen die betreffende Krankheit infrakt ist oder da die Abwehrstoffe durch die notwendige Manipulation an der Milch zerstört werden. Dieser angeborene Mangel an allgemeinen und spezifischen Alexinen macht sich während des ganzen Lebens des Flaschenkindes geltend. Um also beim Flaschenkind gleiche Mortalität und gleiche Morbidität bei den Infektions- und anderen Krankheiten zu erzielen, müssen wir die Außenhygiene um ein be-

---

[1]) Bei einer Stillung von 270 Tage Dauer braucht das Kind ungefähr 200 Liter Muttermilch. Wird die Muttermilch durch Kuhmilch ersetzt, so hat man 300 l Kuhmilch notwendig. Ein Liter Kuhmilch (Säuglingsmilch, trinkfertig) kommt in Kempten, mitten im Allgäu, also im Milchlande liegend, mindestens auf 50 Pfg. zu stehen. Damit haben wir 150 Mark Kosten für die Kuhmilch während der Säugeperiode. Bei gleicher Höhe der Pflege der Brust- und Flaschenkinder erkrankt das Flaschenkind mehr und zwar um etwa 10 Tage. Der Arbeitsverdienstverlust der Pflegerin = 25 Mark, 1/5 Kind stirbt öfters ab = 6 Mark, Beerdigungskosten = 4 Mark, Arzt und Apotheke = 20 M. Somit kommen 200 l Muttermilch der Familie des Arbeiters auf 185 Mark. Ein Liter = 92,50 Pf. Würde die Mutter täglich 2 Liter Kuhmilch als Nahrungsergänzung zu sich nehmen, so würde sie 36 Pfg. × 270 = 97,20 M. Ausgaben haben. Der wirtschaftliche Verlust während der Stillperiode durch Ersatz der Muttermilch durch „rationelle“ Kunsternährung ist also rund 90 M. Es ist unökonomisch, dem Kinde die Nahrung direkt zuzuleiten; rationell ist lediglich der Durchgang durch die Mutter. Jedes Liter Muttermilch kommt um 45 Pfg. zu teuer. — Der in Deutschland tägliche Bedarf an Muttermilch dürfte 1 1/2 Millionen Liter betragen. Somit täglicher Verlust an Nationalvermögen 700 000 Mark; macht im Jahre 255 Millionen Mark und dazu noch ein Kind mit schlechter Widerstandskraft und schlechter Konstitution. Der Einwand, daß durch das Stillen die Arbeitstätigkeit der Mutter beeinträchtigt wird, ist nur im kleinsten Teil richtig. Die Frauen der Beamten, der Bürger, der Bauern sind in ihrer Tätigkeit nicht behindert. Bei den Arbeiterinnen rechnen wir einen Ausfall von 55 Millionen; es bleiben dann immer noch 200 Millionen Mark Jahresverlust In armen Gegenden reicht die Mutter die Brust zur Ersparung der Kosten.

trächtliches vermehren. Das Schutzbedürfnis steigt. Es dürfte wohl der Wirklichkeit nahekommen, wenn wir annehmen, daß bei dem Flaschenkind der während des ganzen Lebens anhaltende erhöhte Bedarf an Nahrung und Pflege im Jahre auf 150 Mark zu rechnen ist. Die Aufzucht unserer ganzen Nation auf dem Wege der Flasche würde uns somit jährlich 1 Milliarde mehr kosten als die Aufzucht der Nation auf dem Brustwege. Die Flaschenaufzucht ist zweifellos die teuerste Art der Brutpflege.

Wenn Nationalökonomen die Höhe der Kosten bei den heutigen Geburts- und Todesfällen beklagen, so kann man ihnen nur Recht geben. Wenn sie aber die Kosten der Todesfälle, namentlich der Säuglinge einsparen zu können glauben dadurch, daß sie die Kunstnahrung verbessern und die Kinderpflege erhöhen, so irren sie; sie verschieben nur die Kosten und vermehren sie. Die einzige Möglichkeit, diese Kosten einer Nation zu ersparen, besteht in der allgemeinen Heranziehung der Brustdrüse zum Stillgeschäft. Die Aufzucht des Kindes ist in erster Linie Genitalaufgabe der Frau, nicht Kulturaufgabe.

Die Art und Weise der Brutpflege ist überall in der Natur die Grundlage des Gesellschafts- und Staatenlebens. Da, wo es zu sozialer Brutpflege gekommen ist, wie bei den Bienen und Ameisen, sind die natürlichen Vorbedingungen hierzu vorhanden. Das Anhaften der Nahrungsquelle für das Kind am Leib der Mutter läßt schon den oberflächlichen Beobachter das Naturwidrige der sozialen Kinderpflege erkennen. Die Kunstpflege in den modernen Kulturstaaten hat aber oft soziale Grundlagen oder soll sie wenigstens bekommen. Einige Jahrtausende müssen sich die Staatssozialisten der Politik und des Katheders mit der Sozialisierung der Brutpflege noch gedulden.

Solange ein Kulturvolk wirtschaftlich aufsteigt, vermag es wohl die erhöhten Aufzuchtskosten der Flaschenkinder zu tragen. Sinkt aber die Einnahme, was regelmäßig der Fall, wenn die Umvölker sich wirtschaftlich emanzipieren, so trägt die Nation schwer an den Kunstkind-Kosten. Die Kosten der bloßen Existenz werden so hoch, daß der Anteil für die Entwickelung in geistiger und körperlicher Richtung geringer werden muß. Die Kultur fällt.

Unter dem Einfluß der erhöhten Nahrung und Pflege vergrößert sich auch bei dem Flaschenkind der Längen- und Gewichtswachstum und die Lebensdauer. Das bezeugen alle Statistiker. Fraglich ist aber, ob die kinetische Energie des Flaschenkindes wächst. Die Dauer unserer Arbeitsfähigkeit und die Höhe der Arbeitsleistung des Einzelindividuums scheint nicht mit der Länge und dem Gewicht des Körpers zuzunehmen. Wenigstens ist der Ruf nach verkürzter und herabgesetzter Arbeitsleistung auch Gemeingut jener Politiker geworden, die dem alten Besitzstaat anhängen. Die zunehmende Scheu vor körperlicher Arbeit, das Hinzudrängen zu Staatsstellen und die zunehmende Sozialisierung aller Verhältnisse, das leichte Hinübergleiten von dem Produk-

tions-Industriestaat zum Handelsstaat und anderes deuten darauf hin, daß körperliche Quantität und Qualität nicht parallel verlaufen. Ob diese Erscheinungen nicht doch biologische Gründe haben? Der Biologe darf an dieser Frage nicht achtlos vorübergehen.

Spezialeigenschaften, die wir zur Erhaltung der Rasse und des Volkscharakters nötig haben, wachsen nicht. Wenn man bedenkt, welche Erhöhung in der Pflege unserer Nachkommenschaft auf allen Gebieten der Individualhygiene wir haben eintreten lassen, so sollte man eine wesentliche Zunahme der Arbeitsfähigkeit und der Militärtauglichkeit erwarten. In bezug auf Militärtauglichkeit weisen alle deutschen Statistiken keine Zunahme auf. Es muß sich also im Volkskörper ein abschwächender Faktor geltend machen; einen Faktor der Abschwächung suche ich in der zunehmenden Flaschenaufzucht. Die Militärverwaltung hat meines Erachtens guten Grund, der Frage der Brusternährung der Kinder erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken.

Bei dem Weibe sehen wir eine starke Zunahme der geburtshilflichen Operationen. Sicher tragen die Außenumstände viel dazu bei. Verdächtig ist allerdings, daß trotz erhöhter Kunst der Aerzte die Zahl der Frauen, die an den Geburtenfolgen sterben, nicht zurückgehen will; wenigstens nicht in vielen Staaten. Ob hier nicht die verweigerte Brustnahrung hereinspielt? Die Rachitis, eine häufige Folgeerkrankung der Flaschennahrung, scheint die Vermittelung zu übernehmen. Ob die Rachitis sich nicht auch geltend macht in der Entwickelung der Geisteskräfte, wissen wir noch nicht. Trotz erhöhter Schulpflege und trotz intensiver Germinal-Auslese in der Richtung des Geistes behauptet Forel, daß unsere natürlichen Verstandsanlagen nicht größer werden. Die Rachitis der Schädel und anderer Knochen behindert auch die Entwicklung des Volkes zur vollen Körperschönheit und Ebenmäßigkeit.

Stillende Völker, wie z. B. Schweden oder auch bloß die serbischen Bauern, sollen uns in mancher Beziehung voraus sein. Daß hinter dem Sexualproblem der Aufzucht Kultur- und wirtschaftliche Fragen stehen, wissen wir alle und ich habe selbst die Agrarverhältnisse und ihren Einfluß auf die Still- und Aufzuchtssitten näher studiert und veröffentlicht.

Noch verhängnisvoller ist der moderne Rat, die Kinderzahl einzuschränken, um die Absterbequote zu verringern. Dieser Rat geht direkt gegen die Rasse.

Wir haben ohnehin schon eine Kinderzahl, die den biologischen Anforderungen nicht genügt. Selbst in den fruchtbarsten Gegenden Deutschlands, in der Oberpfalz und in Niederbayern, erreicht die Fruchtbarkeit der Einzelnehe nur noch eben die unterste optimale Grenze. Je mehr wir die Kinderzahl einengen, desto mehr wächst der Anteil der Erstgeborenen im Volke. Die Erstgeborenen sind aber durchwegs

minderwertig. Um 500 g sind sie durchschnittlich geringer als die Kinder der späteren Reihefolge, was bei 70 Kilogramm des Erwachsenen 6 Kilogramm Defizit ausmacht. Sie erliegen leichter der Tuberkulose und der Geisteskrankheit und anderen Schäden. Die Erstlinge verwendet kein rationeller Tierzüchter als Zuchtmaterial. Das Hindrängen zum Ein- und Zweikindersystem in den Städten und in gewissen Landgegenden erfordert rassenbiologisch erhöhte Reihenfolge bei anderen Volksklassen als Ausgleich.

Ich glaube, daß die Erscheinung, daß in manchen Gegenden die Militärtauglichkeit zurückgeht, mit der Kunstpflege bei eingeschränkter Kinderzahl zusammenhängt. Da, wo 2—3 Generationen hindurch niedrige Kindersterblichkeit bei niederer Geburtenzahl herrscht, wo man also systematisch auf die Erstgeburt züchtet und Kunstnahrung übt, haben wir das schlechteste Aushebungsresultat.

Das schlechte Ergebnis der Erstgeburt kann uns nicht wundern. Bei den Kindern der späteren Geburtenreihe ist eine große Anzahl kranker Eltern durch Tod ausgeschieden; andere kranke Eltern scheiden mit Recht freiwillig aus. Auch die potentielle Ausscheidung kranker Eltern ist wirksam. Die Gonorrhoe bewirkt nicht selten Sterilität nach dem Einkinde und dieses Einkind leidet sicher unter der infektiösen Erkrankung der Tragapparate der Mutter.

Durch die neuen Lehren, die Kinderzahl einzuschränken, schädigen wir die Rasse. Mit dem Begriff „Rasse“ wird allerdings oft geradezu Unfug getrieben: Man unterscheidet nicht zwischen Individual- und Rasseneigenschaft. Der Individualeigenschaft wird in der Rassenfrage oft viel zu hohe Bedeutung zugemessen. Alle Biologen von Bedeutung legen auf die Germinalselektion den Hauptton. Durch die neue Lehre der Aufzucht des Kindes ohne Brustdrüse schaden wir dem Individuum und der Rasse zugleich. Die Rassentüchtigkeit ist aber der sicherste Anker der Rettung in wirtschaftlichen, politischen und ethischen Bedrängnissen; sie allein rettet in Zeiten der Gefahr das Volk und die Kultur. Wer wahre Kultur erhalten will, muß die Rasse pflegen.

Die Lehre von der Erneuerung und Fortpflanzung des Volkes ist durch den historischen Vorgang, daß die Aerzte ausschließlich kurative Tätigkeit ausübten und sich um biologische Vorgänge nicht kümmerten, vollständig in die Hand der Staatswissenschaft geraten. Die Staatsmedizin hat sich bisher völlig zu dieser Frage unvorbereitet gezeigt. Biologische Gesichtspunkte bei der Frage der Bevölkerungsbewegung sucht man dort vergebens; oft selbst bei Aerzten.

Es ist Aufgabe der Rassenbiologie, hier eine Aenderung eintreten zu lassen. Daß jeder Versuch der Aerzte, in dieser Frage auch mitzureden, von seiten der Berufs-Medizinalstatistik mit oft unglaublicher Heftigkeit abgewiesen wird, habe ich am eigenen Leibe gefühlt. Derartiger Ressortpatriotismus kann uns

Aerzte wirklich nicht hindern, immer wieder den Ruf zu erheben, daß die Volksbewegung in erster Linie ein biologischer Effekt ist; speziell die genitalen Blutdrüsen und ihre Wirkung auf Individuum und Rasse müssen immer wieder betont werden. Die ausreichende Tätigkeit der Gebärmutter und der Brustdrüse sind die Voraussetzungen einer tüchtigen Rasse und eines qualifizierten Individuums.

Nachschrift.

Diese Abhandlung war längst niedergeschrieben, als der deutsche Existenzkampf ausbrach. Solange wir im Frieden lebten, solange wir wirtschaftlich günstige Verhältnisse hatten, konnten wir ja die Spielereien mancher Berufsstatistiker und Aerzte noch ertragen. Ich war immer ein Gegner der widernatürlichen Sexualität einschließlich der Kunstnahrung. Nun aber steht uns ein Kampf auf Leben und Tod bevor. Wir werden siegen und müssen siegen, wenn wir die Lehre der Biologie und der Geschichte beherzigen. Deutschland hat schon viel größere Gefahren als Nation überwunden: den schwarzen Tod, den dreißigjährigen Krieg und die napoleonische Knechtung mit den Kriegsseuchen. Immer wieder hat es neue Wurzeln getrieben. Die Triebkraft war die natürliche Sexualität in der Befruchtung und der Stillung. Es ist die Pflicht der Kreis- und Bezirksärzte, das Volk und die Regierung immer wieder auf die Bedeutung der Genitaldrüsen als volkerhaltenden Faktor hinzuweisen. Damit werden wir im Verein mit unserer Kultur die Welt reformieren. Gott mit uns!

Fragen über Gebührnisse der zum Kriegsdienst einberufenen oder sonst militärärztlich tätigen Medizinalbeamten.

Vom Herausgeber.

Eine Reihe von Anfragen sowohl seitens preußischer, als außerpreußischer Medizinalbeamten, die zum Kriegsdienst einberufen oder in der Heimat als Chefärzte oder ordinierende Aerzte bei Reservelazaretten oder in anderer Weise tätig sind, veranlaßt mich, die von ihnen aufgeworfenen Fragen, soweit sie von allgemeinem Interesse sind, kurz zu besprechen.

1. Amtsunkostenentschädigung.

Nach § 31 der D.-A. befindet in Preußen der Regierungs-Präsident über die Verwendung der Amtsunkostenentschädigung von Kreisärzten, die vertreten werden müssen. In manchen Bezirken wird die Entschädigung dem Vertretenen weiter gezahlt und es dem Vertreter überlassen, sich mit jenem über den Ersatz seiner Unkosten zu einigen, wie es bei Beurlaubungen allgemein üblich ist. Bei längerer Dauer der Vertretung erscheint dies Verfahren aber nicht immer zweckmäßig. Jedenfalls darf dabei nicht außer acht gelassen werden, daß dem Vertretenen auch während der Vertretung für die Bereithaltung, Heizung, Be-

leuchtung, Reinigung usw. der Dienstzimmer sowie für die Lieferung von Formularen ein Teil der Amtsunkostenentschädigung gebührt. Daraus folgt schon, daß es nicht angängig ist, dem Vertreter die ganze Entschädigung zu überweisen. Vielmehr empfiehlt sich der wohl in den meisten Regierungbezirken beschrittene Weg, wonach die Zahlung der Entschädigung zunächst ganz eingestellt wird, und von dem Vertreter seine Unkosten monatlich oder vierteljährlich liquidiert werden; der Regierungspräsident weist dann die Zahlung der Beträge aus der Entschädigung an und bestimmt gleichzeitig die Summe, die dem einberufenen Kreisarzt zu zahlen ist.

In den übrigen deutschen Bundesstaaten, in denen der Medizinalbeamte ebenfalls eine Dienstaufwandsentschädigung erhält, dürfte nach den gleichen Grundsätzen verfahren werden und auch hier daran festgehalten werden, daß der vertretene Medizinalbeamte Anspruch auf einen entsprechenden Teil der Dienstaufwandsentschädigung hat, da diese ja nicht nur zur Deckung der laufenden Ausgaben, sondern auch für die Deckung der während seiner Einberufung fortlaufenden Ausgaben für Bureauräume, für die gesetzlich vorgeschriebene Beschaffung von Zeitschriften, Büchern usw. dient.

2. Reisekostenbauschvergütung.

In Preußen war zunächst durch den Erlaß des Herrn Ministers des Innern vom 29. Sept. 1914 (siehe Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 20 der Zeitschrift, S. 149) angeordnet, die Zahlung vom ersten Tage des auf den Eintritt in den Heeresdienst folgenden Monats einzustellen. Sollte der gezahlte Betrag zur Bestreitung der bis dahin ausgeführten Reisen nicht ausreichen, weil die Mehrzahl der für das ganze Jahr vorgeschriebenen Revisionsreisen usw. schon im Sommer vorgenommen war, so war ähnlich wie sonst am Jahresschluß die Gewährung eines Zuschusses in Aussicht gestellt. Diese Anordnung hat neuerdings durch Min.-Erl. vom 27. Oktober 1914 (s. Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zur heutigen Nummer der Zeitschrift, S. 157) insofern eine Aenderung erfahren, als vom 1. d. M. ab bis auf weiteres die Zahlung der Reisekostenbauschvergütung überhaupt eingestellt ist, und über alle durch Dienstreisen entstehenden Kosten von jetzt ab Rechnungen einzureichen sind, für deren Aufstellung die allgemeinen Bestimmungen über Dienstreisen maßgebend sind.

In den übrigen deutschen Bundesstaaten wird jedenfalls in gleicher Weise verfahren; denn auf das Reisepauschale kann selbstverständlich der vertretene Medizinalbeamte von dem Tage seiner Einberufung keinen Anspruch erheben, da mit diesem Augenblick jede amtliche Reisetätigkeit für ihn aufhört.

3. Abzüge vom Zivildiensteinkommen.

Zunächst die gesetzlichen usw. Vorschriften, die auf Reichs-

Aerzte wirklich nich
daß die Volksbewegung
ist; speziell die genitalen
dividuum und Rasse müssen
ausreichende Tätigkeit der Geb
die Voraussetzungen einer tüch
fizierten Individuums.

Nachschri

Diese Abhandlung war längst
deutsche Existenzkampf ausbrach. Sol
lebten, solange wir wirtschaftlich günstige V
konnten wir ja die Spielereien mancher Berufss
Aerzte noch ertragen. Ich war immer ein Gegner d
natürlichen Sexualität einschließlich der Kunstnahrung.
aber steht uns ein Kampf auf Leben und Tod bevor. Wir
werden siegen und müssen siegen, wenn wir die Lehre der
Biologie und der Geschichte beherzigen. Deutschland hat schon
viel größere Gefahren als Nation überwunden: den schwarzen
Tod, den dreißigjährigen Krieg und die napoleonische Knechtung
mit den Kriegsseuchen. Immer wieder hat es neue Wurzeln
getrieben. Die Triebkraft war die natürliche Sexualität in der
Befruchtung und der Stillung. Es ist die Pflicht der Kreis-
und Bezirksärzte, das Volk und die Regierung immer wieder
auf die Bedeutung der Genitaldrüsen als volkerhaltenden Faktor
hinzuweisen. Damit werden wir im Verein mit unserer Kultur
die Welt reformieren. Gott mit uns!

Fragen über Gebührnisse der zum Kriegsdienst einberufenen oder sonst militärärztlich tätigen Medizinalbeamten.

Vom **Herausgeber.**

Eine Reihe von Anfragen sowohl seitens preußischer, als außerpreußischer Medizinalbeamten, die zum Kriegsdienst einberufen oder in der Heimat als Chefärzte oder ordinierende Aerzte bei Reservelazaretten oder in anderer Weise tätig sind, veranlaßt mich, die von ihnen aufgeworfenen Fragen, soweit sie von allgemeinem Interesse sind, kurz zu besprechen.

1. Amtsunkostenentschädigung.

Nach § 31 der D.-A. befindet in Preußen der Regierungs-Präsident über die Verwendung der Amtsunkostenentschädigung von Kreisärzten, die vertreten werden müssen. In manchen Bezirken wird die Entschädigung dem Vertretenen weiter gezahlt und es dem Vertreter überlassen, sich mit jenem über den Ersatz seiner Unkosten zu einigen, wie es bei Beurlaubungen allgemein üblich ist. Bei längerer Dauer der Vertretung erscheint dies
fahren aber nicht immer zweckmäßig. Jedenfalls darf dabei
außer acht gelassen werden, daß dem Vertretenen auch
nd der Vertretung für die Bereithaltung, Heizung, Be-

…sw. der Dienstzimmer sowie für die …n ein Teil der Amtsunkostenentschädi- …lgt schon, daß es nicht angängig ist, …Entschädigung zu überweisen. Viel- …ohl in den meisten Regierungbezirken …ie Zahlung der Entschädigung zu- …und von dem Vertreter seine Un- …jährlich liquidiert werden; der …die Zahlung der Beträge aus …gleichzeitig die Summe, die …n ist.

…ndesstaaten, in denen …Dienstaufwandsentschädi- …Grundsätzen verfahren …lten werden, daß der vertr… …pruch auf einen entspre… …wandsentschädigung ha… …zur Deckung der laufenden Au… …kung der während seiner Einberu… …ür Bureauräume, für die gesetzlic… …n Zeitschriften, Büchern usw. di…

2. …

In Preußen w… …des Herrn Ministers des Innern … …Recht-sprechung und Medizi… …tschrift, S. 149) angeordnet, die … …Ein-tritt in den Heeresdien… …ollte der gezahlte Betrag zur … …en Reisen nicht ausreichen, … Jahr vorgeschriebenen Re… vorgenommen war, so wa… die Gewährung eines Zusc… Anordnung hat neuerdings du… (s. Beilage Rechtsprechung … heutigen Nummer der Zeitschrif… erfahren, als vom 1. d. M. ab b… Reisekostenbauschvergütung über… alle durch Dienstreisen entstehe… Rechnungen einzureichen sind, … allgemeinen Bestimmungen über Die…

In den übrigen deutschen… jedenfalls in gleicher Weise verfahr… pauschale kann selbstverständlich der v… von dem Tage seiner Einberufung ke… da mit diesem Augenblick jede amtlich… aufhört.

3. Abzüge vom Zivildienstei…

Zunächst die gesetzlichen usw. Vorsch…

gesetz beruhen, demzufolge für die Medizinalbeamten aller Bundesstaaten gelten. Maßgebend ist in dieser Hinsicht § 66 des Reichsmilitärgesetzes vom 2. Mai 1874 und 6. Mai 1880:

„Reichs-, Staats- und Kommunalbeamte sollen durch ihre Einberufung zum Militärdienst in ihren bürgerlichen Dienstverhältnissen keinen Nachteil erleiden.

Ihre Stellen, ihr persönliches Diensteinkommen aus denselben und ihre Anciennetät, sowie alle sich daraus ergebenden Ansprüche bleiben ihnen in der Zeit der Einberufung zum Militärdienst gewahrt. Erhalten dieselben Offizierbesoldung, so kann ihnen der reine Betrag derselben auf die Zivilbesoldung angerechnet werden; denjenigen, welche einen eigenen Hausstand mit Frau oder Kind haben, beim Verlassen ihres Wohnorts jedoch nur, wenn und soweit das reine Zivileinkommen und Militärgehalt zusammen den Betrag von 3600 M. jährlich übersteigen.

Nach denselben Grundsätzen sind pensionierte oder auf Wartegeld stehende Zivilbeamte hinsichtlich ihrer Pensionen oder Wartegelder zu behandeln, wenn sie bei einer Mobilmachung in den Kriegsdienst eintreten.

Obige Vergünstigungen kommen nach ausgesprochener Mobilmachung auch denjenigen in ihren Zivilstellungen abkömmlichen Reichs- und Staatsbeamten zugute, welche sich freiwillig in das Heer aufnehmen lassen.

Die näheren Bestimmungen bleiben den einzelnen Bundesregierungen überlassen."

Dazu sind von dem Königl. Preuß. Staatsministerium durch Beschluß vom 1. Juni 1888 Ausführungsbestimmungen erlassen, die von Seiner Majestät dem Kaiser rücksichtlich der Reichsbeamten genehmigt sind. Den Regierungen der deutschen Bundesstaaten ist der Erlaß gleicher Bestimmungen anheimgegeben, eine Anregung, der alle Bundesstaaten stattgegeben haben, so daß diese nachstehend abgedruckten Ausführungsbestimmungen zum § 66 des Reichsmilitärgesetzes als allgemein gültig angesehen werden können. Sie lauten:

„I. Hinsichtlich derjenigen Staatsbeamten, welche infolge einer Mobilmachung in das Heer oder den Landsturm zum Militärdienst einberufen werden oder, sofern sie in ihrer Zivilstellung abkömmlich sind, freiwillig eintreten, kommen folgende Bestimmungen zur Anwendung:

1. Jedem etatsmäßig angestellten Staatsbeamten bleibt während des Kriegsdienstes seine Zivilstelle gewahrt.

2. Den etatsmäßig angestellten oder ständig gegen Entgelt beschäftigten Staatsbeamten wird während der Dauer des Kriegsdienstes ihr persönliches Diensteinkommen unverkürzt fortgewährt..

Zu dem persönlichen Diensteinkommen gehören Gehalt, fixierte diätarische Remuneration, Orts-, Stellen-, Funktions- und andere persönliche Zulagen, Wohnungsgeldzuschuß oder Mietsentschädigung, sofern nicht Dienstwohnung fortgewährt wird, pensionsfähiges Einkommen aus einem Nebenamte und der pensionsfähige Betrag solcher Dienstemolumente, welche ihrer Natur nach steigend und fallend sind. Der letztere Betrag ist für die Dauer des Kriegsdienstes in monatlichen Raten am Ersten jedes Monats im voraus zu gewähren.

Zu dem persönlichen Diensteinkommen werden Repräsentations- und Dienstaufwandsgelder sowie die sogenannten Mankogelder der Kassenbeamten nicht gerechnet.

3. Erhält der Beamte die Besoldung eines Offiziers oder oberen Beamten der Militärverwaltung, so wird der reine Betrag derselben, als welcher sieben Zehntel der Kriegsbesoldung angesehen werden, auf das Zivildiensteinkommen angerechnet. Das Diensteinkommen eines Unteroffiziers in einer vakanten Leutnantsstelle gilt nicht als Offiziersbesoldung.

Hat der Beamte Familienangehörige, welchen er im eigenen Haushalte Wohnung und Unterhalt auf Grund einer gesetzlichen oder moralischen Unterstützungsverbindlichkeit gewährt, oder hat derselbe die Bewirtschaftung eines

Dienstlandes fortzuführen, so findet für die Dauer seiner Abwesenheit aus dem Wohnorte die Anrechnung nur insoweit statt, als das Zivildiensteinkommen und sieben Zehntel der Kriegsbesoldung zusammen den Betrag von 3600 M. jährlich übersteigen. Dienstwohnungen oder Mietsentschädigungen werden hierbei stets zum tarifmäßigen Betrage des Wohnungsgeldzuschusses angerechnet. Die Einschränkung der Anrechnung tritt in Kraft mit dem Beginn derjenigen Monatshälfte, mit welcher das Kriegsgehalt zahlbar wird, jedoch nicht vor Beginn des Monats, in welchem der Abgang aus dem Wohnorte erfolgt, und endet mit dem Schluß des Monats, in welchem die Rückkehr in den Wohnort stattfindet.

Unter Familienangehörigen im Sinne des vorstehenden Absatzes sind Ehefrau, Kinder und Eltern, sowie andere nahe Verwandte und Pflegekinder zu verstehen.

Beamten, welche als obere Beamte der Militärverwaltung in immobilen Stellen Verwendung finden, wird die mit drei Zwanzigstel oder drei Zehntel des Friedens-Maximal-Gehalts zahlbare Zulage nicht angerechnet.

4. Die Bestimmungen unter Nr. 2 und 3 finden auf pensionierte oder auf Wartegeld stehende Staatsbeamte hinsichtlich ihrer Pensionen und Wartegelder Anwendung.

Die unter Nr. 3 Absatz 1 vorgeschriebene Anrechnung findet indessen nur soweit statt, als sieben Zehntel der Kriegsbesoldung und die Pension oder das Wartegeld zusammen das vor der Pensionierung oder Stellung auf Wartegeld bezogene Zivildiensteinkommen übersteigen. Auch die hiernach erfolgende Anrechnung tritt jedoch in den Fällen des Absatzes 2 der Nr. 3, sofern das frühere Zivildiensteinkommen 3600 M. oder weniger betragen hat, nur in dem daselbst vorgesehenen geringeren Umfange ein.

5. Den unentgeltlich oder zwar gegen Entgelt, aber nur vorübergehend beschäftigten Staatsbeamten soll bei ihrem Rücktritt in den Zivildienst eine Beschäftigung möglichst gegen Entgelt gewährt werden.

6. Den Staatsbeamten bleiben die aus ihrem Dienstalter sich ergebenden Rechte und Vorteile gewahrt.

Den im Vorbereitungsdienste befindlichen Staatsbeamten soll die Zeit des Kriegsdienstes nach bestandener Prüfung bei Feststellung ihres Dienstalters zugute gerechnet werden.

War die Zulassung zur Prüfung bereits verfügt, so soll ihnen die zur Ablegung der Prüfung erforderliche Frist, soweit die Militärverhältnisse es gestatten, bewilligt werden.

7. Hinsichtlich derjenigen Staatsbeamten, welche als Offiziere oder obere Beamte der Militärverwaltung in den Kriegsdienst eingetreten sind, ist der Zivilbehörde von Amtswegen mitzuteilen:

a) die Höhe des Betrages, welchen der Beamte als Kriegsbesoldung eventl. Zulage bezieht;
b) der Zeitpunkt, von welchem ab die Bezüge gewährt werden.

Eintretende Aenderungen, sowie der Zeitpunkt, mit welchem die Bezüge aus Militärfonds aufgehört haben, sind gleichfalls der Zivilbehörde mitzuteilen.

Diese Mitteilungen macht derjenige Teil des Heeres, des Landsturms oder der Militärverwaltung, in dessen Verpflegung die oben erwähnten Personen getreten sind, sofern derselbe eine eigene Kassenverwaltung hat, andernfalls die mit der Anweisung der Militärgebührnisse befaßte Intendantur.

Die Mitteilung ist zu richten an die vorgesetzte Behörde derjenigen Kasse, welche über das Zivildiensteinkommen, die Pension oder das Wartegeld des Beamten Rechnung zu legen hat.

Vorstehende Mitteilungen sind als Beläge zu den das Zivildiensteinkommen, die Pension oder das Wartegeld nachweisenden Jahresrechnungen zu verwenden.

Am Schlusse jeder Quittung über das während des Kriegsdienstes erhobene Zivildiensteinkommen hat der Beamte anzugeben, in welcher militärischen Dienststellung er sich befindet und, wenn er die Besoldung eines Offiziers oder oberen Beamten der Militärverwaltung bezieht, auf wie hoch sich seine Kriegsbesoldung beläuft.

Die Kasse hat, wenn diese Angaben der Quittung fehlen oder mit dem Inhalte der gedachten Mitteilungen der Militärbehörden nicht übereinstimmen

sollten, ihrer vorgesetzten Behörde hiervon, nach erfolgter Zahlung, Anzeige zu machen.

8. Auf diejenigen Staatsbeamten, welche ihrer aktiven Dienstpflicht genügen, finden lediglich die Bestimmungen unter 6 und zwar nur hinsichtlich derjenigen Zeit Anwendung, während deren die Beamten über die Dauer ihrer gesetzlichen Friedensdienstpflicht hinaus im Militärdienste zurückbehalten werden.

Auf Staatsbeamte, welche als Ersatzreservisten in den Kriegsdienst eintreten, finden dagegen die Bestimmungen unter Nr. 1 bis 7 unbeschränkte Anwendung.

II. Auf diejenigen Beamten, welchen die Rechte und Pflichten der unmittelbaren Staatsbeamten ausdrücklich beigelegt sind, sind die unter 1 getroffenen Festsetzungen gleichfalls anzuwenden.

III. Auf die Beamten der Gemeinden und der kommunalen Verbände, welche infolge einer Mobilmachung in das Heer oder den Landsturm zum Kriegsdienst einberufen werden oder freiwillig in den Landsturm eintreten, finden die unter I Nr. 1 bis 3, Nr. 4 Absatz 1, Nr. 5 und 6, Nr. 7 Absatz 1 bis 4 und Nr. 8 gegebenen Vorschriften sinngemäße Anwendung.

IV. Hinsichtlich derjenigen Staatsbeamten, welche infolge einer Mobilmachung in die Marine zum Militärdienst einberufen werden oder, sofern sie in ihrer Zivilstellung abkömmlich sind, freiwillig eintreten, finden die vorstehenden Bestimmungen mit folgender Maßgabe Anwendung:

a) Den sieben Zehnteln der Kriegsbesoldung stehen in der Marine gleich: das Gehalt — ausschließlich des darin liegenden Servisteiles —, der Gehaltszuschuß und der Wohnungsgeldzuschuß.

b) Soweit dem Beamten eine Kriegszulage oder eine gleichartige anderweite Zulage aus Marinefonds nicht bereits gewährt wird, erhält er aus seiner Zivilbesoldung den Betrag der reglementsmäßigen Chargenkriegszulage.

c) Der Zivilbehörde ist von Amtswegen mitzuteilen:
die Höhe des Gehalts — ausschließlich des darin liegenden Servisteiles —, des Gehaltszuschusses, des Wohnungsgeldzuschusses und der Kriegszulage. Wird letztere nicht gezahlt, so ist dies ausdrücklich zu erwähnen.

d) Die vorstehend unter c) beregte Mitteilung ist bei denjenigen Marineteilen, welche einer Stations- oder Garnisonkasse angeschlossen sind, seitens des Rechnungsamts des betreffenden Marineteiles zu machen.“

Es wird also das Zivildiensteinkommen der zum Militärdienst einberufenen dienstpflichtigen oder freiwillig als Sanitätsoffiziere eingetretenen Medizinalbeamten um $^{7}/_{10}$ der Kriegsbesoldung gekürzt. Bezieht z. B. in Preußen ein vollbesoldeter Kreisarzt bei einem Gehalt von 3600 M. und 720 M. Wohnungsgeldschuß = zusammen 4320 M. als Stabsarzt eine Kriegsbesoldung von monatlich 595 M. oder jährlich 7140 M., so werden $^{7}/_{10}$ davon = 4998 M. auf die Zivilbesoldung angerechnet, d. h. sie kommt bei dem gewählten Beispiele ganz in Wegfall. Hätte der Medizinalbeamte 6000 M. Gehalt, also im ganzen mit Wohnungsgeldzuschuß 6720 M., so würden 6720 — 4998 = 1722 M. jährlich weitergezahlt werden. Bei einem nicht vollbesoldeten Kreisarzte setzt sich das Zivildiensteinkommen aus Gehalt (z. B. 2550 M.), Stellenzulage (z. B. 450 M.) und dem pensionsfähigen Betrag der Gebühren mit 2250 M. zusammen. Ist ein solcher Kreisarzt als Stabsarzt eingezogen, so würden ihm also 2550 + 450 + 2250 — 4998 = 252 M. jährlich von seinem Zivildiensteinkommen verbleiben. — Bei einem Kreisassistenzarzt mit 2000 M. Remuneration, der als Assistenzarzt einberufen ist und monatlich 280,12 = 3360 M. Kriegsbesoldung erhält, würde, da $^{7}/_{10}$ davon 2352 M. betragen, die ganze Remuneration wegfallen. Hat er jedoch Familien-

angehörige, denen er im eigenen Hausstande Wohnung und Unterhalt auf Grund einer gesetzlichen oder moralischen Unterstützungsverbindlichkeit gewährt, so muß ihm bei dem Verlassen seines Wohnortes so viel von dem Zivildiensteinkommen belassen werden, daß es mit $^7/_{10}$ der Kriegsbesoldung zusammen 3600 M. ausmacht; der Kreisassistenzarzt würde in diesem Falle also 3600 — 2352 = 1248 M. seiner Remuneration behalten.

Die vorstehenden Kürzungsbestimmungen gelten für alle Beamten, gleichgültig, ob sie vollbesoldet sind oder nicht; denn das Gesetz kennt in dieser Hinsicht keinen Unterschied. Bei seinem Erlaß ist scheinbar nicht daran gedacht, daß es in fast allen Bundesstaaten neben den vollbesoldeten Beamten auch nicht vollbesoldete gibt, die ihren Lebensunterhalt noch durch eine Nebentätigkeit decken müssen. In erster Linie fallen hierunter die Medizinal- und die Veterinärbeamten, die auf ein Einkommen aus ihrer ärztlichen bezw. tierärztlichen Tätigkeit angewiesen sind, und denen deshalb eine solche Tätigkeit auch ausdrücklich gestattet ist. Alle diese Beamten sind den vollbesoldeten Beamten gegenüber schon dadurch wesentlich benachteiligt, daß sie nicht nur das Einkommen aus ihrer Privatpraxis verlieren, sondern daß ihnen diese möglicherweise dauernd verloren geht. Außerdem stehen sie jenen gegenüber auch ungünstiger bei der Anrechnung der Kriegsbesoldung auf das unmittelbare Diensteinkommen. Eine solche Schädigung des Stelleneinkommens tritt zwar bei den preuß. Kreisärzten infolge der Anrechnung von 2250 M. pensionsfähiger Gebühren gemäß I Ziff. 2 Abs. 2 der Bestimmungen für die beiden untersten Gehaltsklassen nicht in die Erscheinung, wohl aber für die weiteren; hier beläuft sich z. B. der Unterschied mit zunehmendem Dienstalter auf 350 bis 1850 M. zuungunsten der nicht vollbesoldeten. Der Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins hatte deshalb auch in einer Eingabe den Herrn Minister um Abänderung der Bestimmungen in dem Sinne gebeten, daß eine Anrechnung der Kriegsbesoldung nur insoweit stattfinden möge, als das Zivildiensteinkommen und $^7/_{10}$ der Kriegsbesoldung das Diensteinkommen eines vollbesoldeten Kreisarztes von gleichem Dienstalter übersteigt. Dem Antrage hat aber leider aus prinzipiellen Gründen nicht stattgegeben werden können, da es nicht angängig sei, die Bestimmungen zur Ausführung des Reichsmilitärgesetzes zugunsten einer Beamten-Kategorie zu ändern. Unter den augenblicklichen Verhältnissen konnte auch ein anderer Bescheid nicht erteilt werden; es wird aber Sache des Deutschen Medizinalbeamtenvereins sein, nach dem Feldzuge eine entsprechende Aenderung des Reichsmilitärgesetzes anzustreben, damit wenigstens künftighin eine Benachteiligung der nicht vollbesoldeten Beamten gegenüber den vollbesoldeten vermieden wird.

Die Vorschriften über die Kürzung des Zivileinkommens der zum Kriegsdienst einberufenen dienstpflichtigen oder frei-

willig eingetretenen Beamten sind somit gesetzlich so klar, daß Meinungsverschiedenheiten darüber nicht entstehen können; sie gelten für alle diese Beamten, gleichgültig, ob sie im Felde oder Inlande unter Aufgabe ihres Wohnortes oder an ihrem Wohnorte selbst militärischen Dienst leisten (s. preuß. Min.-Erlaß vom 7. Oktober 1914, Beilage zu Nr. 20 dieser Zeitschrift, S. 149). Sobald eben ein dienstpflichtiger Beamter zur Fahne einberufen wird oder freiwillig in den Militärdienst tritt, scheidet er aus seinem bisherigen Amte aus und muß in diesem, auch wenn er an seinem Wohnorte verbleibt, vertreten werden. Selbst wenn er im letzteren Falle ausnahmsweise seine bisherigen amtlichen Geschäfte weiter wahrnimmt und ihm hierzu die dazu notwendige Genehmigung der vorgesetzten Militärbehörde erteilt wird, erwirbt er dadurch doch keinen Anspruch auf eine geringere oder gar keine Kürzung seines Zivildiensteinkommens, sondern nur die Aussicht auf eine Remuneration seitens der Zivilbehörde für diese Weiterführung seiner amtlichen Tätigkeit, zu der er gesetzlich nicht verpflichtet ist.

Nicht so klar liegen dagegen die Verhältnisse betreffs derjenigen Beamten, die, ohne dienstpflichtig zu sein, zu irgend welcher Tätigkeit von der Militärbehörde herangezogen werden und für diese Tätigkeit eine vertragsmäßig vereinbarte Vergütung erhalten. In dieser Lage befinden sich zurzeit zahlreiche Medizinalbeamte. Bekanntlich mangelt es schon im Frieden an Militärärzten; während des Krieges ist dieser Mangel aber besonders im Inlande ein so außerordentlicher, daß eine ordnungsmäßige militärärztliche Versorgung der in der Heimat befindlichen Truppen, vor allem aber der in den Reservelazaretten untergebrachten Verwundeten und Kranken, deren Zahl von Tag zu Tag wächst, nur unter Heranziehung von nicht dienstpflichtigen Aerzten zum militärärztlichen Dienst möglich ist. Ueberall, wo Reservelazarette eingerichtet sind, finden daher nicht dienstpflichtige Zivilärzte und beamtete Aerzte in ausgedehntestem Maße Verwendung und zwar teils als ordinierende Aerzte, teils als Chefärzte; vielfach haben sie auch den militärärztlichen Dienst bei den Truppen, falls hierzu Militärärzte nicht zur Verfügung stehen. Ihre Verwendung erfolgt ausschließlich auf Grund eines zwischen ihnen und dem Militärfiskus abgeschlossenen Vertrages, zu dem z. B. für die ordinierenden Aerzte überall das nachstehende Muster benutzt wird:

Vertrag.

„Zwischen dem Kgl. Reservelazarett in . . . als Vertreter des Reichsmilitärfiskus einerseits und dem praktischen Arzt Herrn Dr. . . . . zu . . . . . . anderseits ist wegen Sicherstellung des militärärztlichen Dienstes folgender Vertrag geschlossen worden:

§ 1. Herr Dr. . . . versieht vom . . . ab im Reservelazarett zu . . . . den ärzlichen Dienst — Dienst eines Chefarztes — eines Assistenzarztes — nach den für Militärärzte bestehenden Bestimmungen und erhält als Entschädigung für jeden Tag der Dienstleistung . . . . M., wörtlich: . . . . M., zahlbar monatlich nachträglich aus der Kasse des Reservelazaretts. Bei Verwendung außerhalb des Wohnorts werden außerdem gewährt Naturalquartierservis oder die

tarifmäßige Geldvergütung, sowie die wirklich entstandenen Fahrkosten von und nach dem Verwendungsort.

§ 2. Werden neben dem Dienst im Reservelazarett auch noch militärärztliche Dienstgeschäfte bei einem immobilen Truppenteil usw. wahrgenommen, so kann neben den durch kriegsministerielle Verfügung vom 13. Februar 1907 Nr. 1555/12. 06. M. A. festgesetzten Tagegeldern eine weitere Vergütung nur durch das Kriegsministerium, Medizinalabteilung, zugestanden werden.

§ 3. Herr Dr. . . . . ist für die Dauer der Zugehörigkeit zum Reservelazarett dem Chefarzt unterstellt, jedoch ist er in der Krankenbehandlung dem Chefarzt oder dem ärztlichen Mitgliede der Reservelazarettkommission gegenüber selbständig.

§ 4. Dieser Vertrag endigt mit dem Tage, an welchem das Reservelazarett der ärztlichen Hilfe des Herrn Dr. . . . . nicht mehr bedarf, sowie mit dem Tage der Auflösung des Reservelazaretts.

Im übrigen wird beiden vertragschließenden Teilen eine einmonatige Kündigungsfrist vorbehalten.

§ 5. Den gesetzlichen Stempel trägt Herr Dr . . . Beide Teile haben den Vertrag zum Zeichen des Einverständnisses unterschrieben."

Nach den uns zugegangenen Zuschriften und den von uns angestellten Umfragen ist nun die Frage, ob und inwieweit den beamteten, nicht dienstpflichtigen Aerzten, die eine derartige militärärztliche Tätigkeit auf Grund eines besonderen Vertrages ausüben, die dafür gewährte Vergütung auf ihr Amtseinkommen angerechnet wird, verschieden geregelt: In Preußen ist diese Regelung bekanntlich durch den Min.-Erl. vom 7. Oktober 1914 (s. Beilage Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 20 dieser Zeitschrift, S. 149) dahin erfolgt, daß das Zivildiensteinkommen der so beschäftigten beamteten Aerzte um $^{7}/_{10}$ der gewährten Vergütung, die damit als Kriegsbesoldung angesehen wird, zu kürzen ist, ohne Unterschied, ob der beamtete Arzt vollbesoldet oder nicht vollbesoldet ist. In Württemberg findet dagegen eine solche Kürzung nur gegenüber den vollbesoldeten Oberamtsärzten statt, denen die Ausübung der Privatpraxis ebenso wie in anderen Bundesstaaten an sich verboten ist. Sie bedürfen deshalb zur Uebernahme einer solchen militärärztlichen Tätigkeit der Genehmigung der vorgesetzten Behörde, die nur unter der Bedingung erteilt wird, daß sie die für die zum Militärdienst einberufenen Beamten geltenden Grundsätze der Gehaltskürzung auch sinngemäß auf sich anwenden lassen. In den meisten anderen Bundesstaaten ist bisher eine grundsätzliche Entscheidung der fraglichen Angelegenheit noch nicht getroffen; aus den erhaltenen Antworten geht aber hervor, daß man hier allgemein die Tätigkeit als eine rein privatärztliche ansieht, zu deren Uebernahme alle beamteten Aerzte, die zur Ausübung ärztlicher Privatpraxis berechtigt sind, also alle nicht vollbesoldeten, der Erlaubnis ihrer vorgesetzten Behörde nicht bedürfen, und deren Vergütung deshalb auch nicht wie bei einberufenen Beamten zum Teil auf das Zivileinkommen angerechnet wird. Wir können uns dieser Ansicht nur anschließen, wenigstens soweit die nicht vollbesoldeten Medizinalbeamten in Frage kommen, denen die Ausübung der ärztlichen Privatpraxis gestattet ist; denn in dem vorliegenden Falle handelt es sich unseres Erachtens um eine auf

einem Vertrag beruhende privatärztliche Tätigkeit des betreffenden beamteten Arztes, zu der er nur dann der Erlaubnis seiner vorgesetzten Behörde bedarf, wenn ihm, wie das bei den vollbesoldeten Medizinalbeamten der Fall ist, die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit untersagt ist. Durch den Vertrag wird der Arzt auch nicht Sanitätsoffizier oder höherer Militärbeamter, sondern er tritt nur auf Grund eines Vertrages in ein privatrechtliches Verhältnis zu der Militärbehörde und nimmt nur vorübergehend mit dem Rechte der gegenseitigen Kündigung die Tätigkeit eines Sanitätsoffiziers wahr, ohne der Militärbehörde disziplinarisch unterstellt zu sein. Er erhält deshalb auch keine „Besoldung", sondern eine „Vergütung" in Form von Tagegeldern; nach dem Reichsmilitärgesetze werden aber nur $^7/_{10}$ der „Kriegsbesoldung" auf das Zivileinkommen angerechnet.

Das Reichsmilitärgesetz enthält über die Regelung dieser Frage ebensowenig eine für das ganze Reich gültige Bestimmung wie die Ausführungsbestimmungen; daraus erklärt sich auch die verschiedenartige Behandlung der Frage. Einen gewissen Anhalt für ihre Entscheidung bieten aber die in den einzelnen Bundesstaaten geltenden Zivilpensionsgesetze und die darin enthaltenen Bestimmungen über „das Ruhen der Pension". Das preußische Gesetz bestimmt z. B. in dieser Hinsicht im § 27:

„Das Recht auf den Bezug (der Pension) ruht, wenn und so lange ein Pensionär im Reichs- oder Staatsdienste ein Einkommen bezieht, insoweit als der Betrag dieses neuen Diensteinkommens unter Hinzurechnung der Pension den Betrag des von dem Beamten vor der Pensionierung bezogenen Diensteinkommens übersteigt."

Hierzu sagen die Ausführungsbestimmungen vom 22. Januar 1909:

„1. pp. Bei Dienstleistungen, in welchen der Pensionär zu der ihn wieder anstellenden Behörde **nicht** in das öffentlich-rechtliche Verhältnis eines Beamten, sondern lediglich in ein privatrechtliches Verhältnis tritt, findet dagegen eine Einziehung oder Kürzung der Pension nicht statt.

2. pp.

3. Die Frage, ob ein Beamten- oder ein privatrechtliches Verhältnis vorliegt, ist nach den betr. dienstpragmatischen Grundsätzen zu bestimmen, wobei für die Annahme eines Beamtenverhältnisses namentlich entscheidend sein wird, ob der Betreffende gesetzlich der Disziplinargewalt unterworfen ist."

Danach würde z. B. ein pensionierter Medizinalbeamter, der als ordinierender Arzt eines Reservelazaretts auf Grund eines Vertrags tätig ist, keinen Abzug erleiden, da kein Beamtenverhältnis vorliegt. Es liegt aber doch kein Grund zu der Annahme vor, daß man im Reichsmilitärgesetz den Kreis derjenigen Personen, die Abzüge erleiden sollen, weiter als in den Pensionsgesetzen der einzelnen Bundesstaaten auch auf Personen habe ausdehnen wollen, die von der Militärverwaltung beschäftigt werden, ohne dadurch Offiziere oder Militärbeamte zu werden.

Außerdem läßt sich nicht leugnen, daß eine gewisse Härte und Unbilligkeit darin liegt, daß nicht vollbesoldeten Medizinalbeamten, die zur Gewinnung des Lebensunterhaltes

auf ärztliche Tätigkeit angewiesen sind, und denen eine solche daher auch in allen Bundesstaaten ausdrücklich freigegeben ist, ein derartiger Abzug gemacht werden soll. Daß die Vergütung aus Reichsmitteln bezahlt wird, bildet an sich doch keinen Grund, sie auf das aus einer anderen Staatskasse gezahlte Zivileinkommen in Anrechnung zu bringen; wird doch bekanntlich die rein ärztliche Tätigkeit der Medizinalbeamten, soweit sie nicht zu ihren Dienstobliegenheiten gehört, aus der Staatskasse selbst vergütet, z. B. wenn sie vertrauensärztliche Tätigkeit im Auftrage des Staates ausüben. Auch aus Militärfonds, also aus Reichsmitteln, werden den beamteten Aerzten für ihre Tätigkeit Gebührnisse, z. B. für ihre Mitwirkung beim Ersatzgeschäft, bezahlt, und daß sie auf solche Anspruch haben, ist in Preußen ausdrücklich durch Min.-Erl. vom 5. November 1910 anerkannt. Ein Medizinalbeamter, der längere Zeit während des Krieges beim Ersatzgeschäft mitwirkt und dafür Gebühren ohne jede Gehaltskürzung bekommt, würde also wesentlich günstiger gestellt sein, wie der als ordinierender Arzt tätige Medizinalbeamte, dem $^{7}/_{10}$ der ihm gewährten Vergütung auf sein Diensteinkommen angerechnet werden.

Anders liegen die Verhältnisse allerdings hinsichtlich der vollbesoldeten Medizinalbeamten, denen die Ausübung ärztlicher Praxis untersagt ist; denn sie bedürfen zur Uebernahme einer derartigen militärärztlichen Tätigkeit der Genehmigung ihrer vorgesetzten Behörde, deren Erteilung diese zweifellos an gewisse Bedingungen knüpfen kann, wie dies z. B. in Württemberg geschieht. Es läßt sich auch nicht leugnen, daß es eine gewisse Berechtigung hat, die vollbesoldeten Medizinalbeamten in dieser Hinsicht ebenso zu behandeln, wie die zum Militärdienst einberufenen anderen Beamten; anderseits darf man aber doch nicht außer acht lassen, daß auch sie durch diese militärärztliche Tätigkeit eine erhebliche „Mehrarbeit“ leisten, zu deren Uebernahme sie ebenso wenig wie die nicht vollbesoldeten Medizinalbeamten verpflichtet sind, und für die deshalb eine angemessene Entlohnung billig erscheint. Die Arbeitsfreudigkeit wird dadurch nur erhöht; dies liegt aber auch im öffentlichen Interesse. Wenn auch in diesen schweren Zeiten gewiß jeder beamtete Arzt bereit ist, Opfer an Zeit, Arbeit oder Geld zu bringen, so sollte man jedoch nicht vergessen, daß gerade das Diensteinkommen der beamteten Aerzte, soweit es auf amtsärztlichen Gebühren usw. beruht, während eines Krieges sehr erhebliche Einbuße erleidet, und daß ihnen daher ein Ersatz dafür zu gönnen ist, besonders wenn dieser erst durch recht zeitraubende Mehrarbeit erworben werden muß. In den beteiligten Kreisen würde es deshalb sicher mit Freude begrüßt werden, wenn allgemein eine Bestimmung getroffen würde, daß in den fraglichen Fällen nicht bloß den nicht vollbesoldeten, sondern auch den vollbesoldeten gegenüber eine Kürzung ihres Diensteinkommens nicht stattzufinden habe.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Jugendfürsorge.

Die Pubertät ein Zeitpunkt besonderer Kräftigung für die Schuljugend. Von Prof. Strauß-Berlin. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1914, Heft 3.

Bei aller Jugendfürsorge ist der Pubertätszeit besondere Beachtung zu schenken. Die Psychiater haben schon seit lange darauf hingewiesen, daß eine ganze Reihe von Neurosen und Psychosen gerade in dieser Zeit manifest werden, aber auch die innere Medizin darf nicht achtlos an den Schädigungen vorübergehen, die im Zusammenhang mit der Pubertätszeit aufzutreten pflegen. Verfasser nennt hier als die verbreitetste Konstitutionsanomalie den Habitus asthenicus, der durch eine abnorme Blutverteilung bedingt ist und sich in leichter Ermüdbarkeit, Neigung zu Herzklopfen, Verdauungsstörungen und nervöser Abspannung oder Erregbarkeit äußert. Ein einfaches Rezept zur Aufbesserung dieser Konstitutionsverschlechterung gibt es nicht, darum ist die therapeutische und prophylaktische Seite der Frage vor allem zu betrachten und zu besprechen, wie weit die Schule hier sich fördernd betätigen kann. Den Kindern gebührt während der Pubertätszeit das nötige Maß von Schonung, ferner ein entsprechendes Maß von Luft und Licht in den Schulzimmern; auf länger dauerndes Verweilen im Freien ist besonderer Wert zu legen, darum Einrichtung von Freiluftschulen. Indirekt kann die Schule die Kinder fördern durch Belehrung über ausreichenden Schlaf, richtige Ernährung, Vermeidung von Kaffee und Alkohol. Sportliche Betätigung im Freien, besonders Wandern, ist in jeder Weise zu fördern. Dr. Solbrig-Königsberg.

---

2. Soziale Hygiene.

Die Stellung der Frau in der Reichsversicherungsordnung. Von Dr. Baum-Düsseldorf. Zeitschr. für Säuglingsfürsorge; 1913, Nr. 7—8.

A. Krankenversicherung: 1. Die neu zu gründenden Landkrankenkassen dürften von der Befugnis des § 195 Abs. 2 R. V. O., die Dauer des Wochengeldbezuges auf weniger als acht Wochen herabzusetzen, keinen Gebrauch machen. 2. Die Kassen jeder Form (in erster Linie Orts-, Betriebs-, Landkrankenkassen) müßten bei Einführung satzungsmäßiger Mehrleistungen Erweiterungen der Wochen- und Familienhilfe möglichst in erster Linie berücksichtigen. 3. Die Kassen müßten bestrebt sein, bei Durchführungen dieser Mehrleistungen fruchtbare Zusammenarbeit mit schon bestehenden Organisationen des Mutter- und Kinderschutzes (Hauspflegevereinen, Mütterberatungsstellen) durchzuführen. B. Invalidenversicherung: 4. Die Gewährung von Heilverfahren sollte sich auch auf tuberkulosegefährdete Schwangere erstrecken, wenn nötig unter Errichtung besonderer Heilstätten für diese. C. Allgemeines. 5. Die weiblichen Versicherten müßten über die Bedeutung der freiwilligen Fortversicherung aufgeklärt, eventuell durch zu diesem Zweck errichtete Hilfskassen in Fällen der Not in der regelmäßigen Fortführung der Beitragsleistung und somit Aufrechterhaltung ihrer Ansprüche auf Wochenhilfe, Heilverfahren usw. unterstützt werden. Auf diesem Wege ließe es sich auf dem Boden der R. V. O. erreichen, die aus ihrer Stellung im Berufsleben und aus ihren Gattungsleistungen erwachsenden besonderen Bedürfnissen der weiblichen Versicherten zu befriedigen, und vor allem auch zahlreichen, von der Versicherungspflicht ausgeschlossenen Personen die Vorteile der Sozialversicherung zuzuwenden. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Geburtenrückgang und Säuglingsschutz. Von Prof. Dr. Langstein. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1914, Nr. 1.

Die Ergebnisse der Untersuchung sind geeignet, die Förderung einer Beschränkung der Kinderzahl zum Zwecke der Verminderung der Kindersterblichkeit zu widerlegen. Sie zeigen, daß eine Vergeudung von Kindermaterial und folglich auch von Frauenkraft mit einer Kinderzahl von 6 bis 8 und mehr keineswegs notwendig verknüpft sein muß. Angesichts der drohenden Gefahr der Verminderung des Bevölkerungszuwachses durch den Geburtenrückgang

muß der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit auf allen Linien verstärkt werden. Vor allem hat unser Ziel darauf gerichtet zu sein, für unsere deutschen Mütter eine Mutterschaftsversicherung großen Stiles zu erreichen, die die Reichsversicherung leider noch nicht gebracht hat. Steht erst einmal unser Wöchnerinnen- und Säuglingsschutz auf versicherungsrechtlicher Basis, dann kann es nicht schwer fallen, zweimalhunderttausend Säuglinge jährlich, die heute noch durch den Mangel natürlicher Ernährung zugrunde gehen, am Leben zu erhalten und zu gesunden Menschen großzuziehen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Tagesnachrichten.

Ueber die leider in diesem Kriege sehr häufig vorgekommenen **groben Verletzungen der Genfer Konvention** vom 6. Juli 1906 durch die **Truppen der feindlichen Armeen,** besonders durch französische Truppen und Freischärler, hat die Kaiserliche Regierung unter dem 10. v. M. die nachstehende **Denkschrift,** worin gegen dieses völkerrecktswidrige Verhalten scharfer Protest erhoben wird, der französischen Regierung sowie den Regierungen der neutralen Mächte zugehen lassen:

„In dem gegenwärtigen Kriege haben französische Truppen und Freischärler die zur Verbesserung des Loses der Verwundeten und Kranken bei den im Felde stehenden Heeren getroffenen Bestimmungen der Genfer Konvention vom 6. Juli 1906, die von Deutschland und Frankreich ratifiziert worden ist, in flagranter Weise verletzt. Aus der großen Zahl bekannt gewordener Fälle werden in den Anlagen diejenigen aufgeführt, die bereits durch gerichtliche Vernehmungen oder dienstliche Meldungen einwandsfrei festgestellt worden sind.

An der Spitze der Genfer Konvention steht einer der ersten Grundsätze des Kriegsrechts, daß nämlich die Verwundeten und Kranken des feindlichen Heeres in derselben Weise wie die Verwundeten und Kranken des eigenen Heeres geachtet und versorgt werden sollen (Artikel 1 Abs. 1). Diesem Grundsatze haben französische Truppen und Freischärler ins Gesicht geschlagen, indem sie deutsche Verwundete, die in ihre Hände gefallen waren, nicht nur roh behandelt, sondern sie auch beraubt, ja sogar, und zwar teilweise in bestialischer Weise, verstümmelt und ermordet haben (Anlage 1 bis 8).[1])

Für die beweglichen Sanitätsformationen ist in den Artikeln 6 und 14 der Genfer Konvention ein besonderer Schutz vorgesehen. Diesen Bestimmungen zuwider haben französische Truppen deutsche Automobile mit Verwundeten angegriffen (Anlage 6) und Sanitätswagen beschossen (Anlage 11 und 14), obwohl das Zeichen des Roten Kreuzes deutlich zu erkennen war; auch haben sie deutsche Lazarette überfallen und ihres Personals und ihrer Ausrüstung beraubt (Anlage 7).

In völkerrechtswidriger Weise haben sich ferner französische Truppen gegen den Artikel 9 der Genfer Konvention vergangen, der das Sanitätspersonal der kriegführenden Heere schützen, ja es sogar als neutral behandelt wissen will. Wie sich aus den Anlagen ergibt, wurde der Führer einer Sanitätskolonne von einem französischen Truppenführer verhaftet und weggeschleppt (Anlage 9) und ein Arzt, der einem Verwundeten helfen wollte, von französischen Truppen erschossen (Anlage 10); auch wurden Aerzte und Begleitmannschaften eines Sanitätswagens unter Feuer genommen (Anlage 11) sowie Krankenträger bei der Bergung von Verwundeten durch französische Truppen und Freischärler angegriffen, verwundet und getötet (Anlage 12 bis 14) oder zu Kriegsgefangenen gemacht (Anlage 15). Ebenso wurde ein deutscher Feldgeistlicher von französischen Truppen gefangen genommen und wie ein gemeiner Verbrecher behandelt (Anlage 8).

Die Kaiserlich deutsche Regierung bringt mit Entrüstung diese dem Völkerrecht und der Menschlichkeit hohnsprechende Behandlung deutscher Verwundeten, deutscher Sanitätsformationen und deutschen Sanitätspersonals zur öffentlichen Kenntnis und legt hiermit gegen die unerhörten Verletzungen eines von allen Kulturstaaten geschlossenen Weltvertrags feierlich Verwahrung ein."

[1]) Von einem Abdruck der Anlagen ist Abstand genommen.

Durch Königl. Verordnung ist in **Bayern** an Stelle der vom König Max Josef I gestifteten Militär-Sanitäts-Ehrenzeichens ein neuer Orden, der **Militär-Sanitäts-Orden** getreten, der nach Art. I dazu dienen soll, „ausgezeichnete Verdienste, die sich Sanitätsoffiziere der mobilen Armee in der mit eigener Lebensgefahr verbundenen Versorgung und Behandlung verwundeter und kranker Offiziere und Mannschaften auf Schlachtfeldern und in Lazaretten des Operationsgebietes während eines Krieges erworben, zu belohnen." Der Orden, der auch nichtbayerischen Sanitätsoffizieren verliehen werden kann (Art. II), besteht aus zwei Klassen (weiß emailliertes Kreuz, bei der I. Klasse aus Gold, bei der zweiten aus Silber bestehend, mit einem goldenen „L", der Jahreszahl 1914 und der Inschrift: „Für Verdienste im Kriege"), von denen die erste in der Regel nur solchen Sanitätsoffizieren verliehen werden soll, die bereits das Ordenskreuz 2. Klasse besitzen, das dann zurückgegeben werden muß (Art. III und IV). Die Gesuche einer Verleihung des Ordens oder einer höheren Klasse müssen in der Regel von dem betreffenden Sanitätsoffizier selbst mit einer ausführlichen, auf Pflicht und Ehre abgegebenen Darstellung der erworbenen Verdienste an den Vorsitzenden einer dazu besonders eingesetzten Prüfungskommission eingereicht werden, die aus dem Korpsarzt als Vorsitzenden und 4 Sanitätsoffizieren vom Stabsarzt aufwärts bestehen. Nicht bayerische Sanitätsoffiziere können dagegen ein solches Gesuch nicht stellen, sondern erhalten den Orden auf Vorschlag der Korpsärzte (Art. V). Mit dem Besitze des Ordens sind für bayrische Inhaber lebenslängliche Zulagen verbunden, die bei der ersten Klasse 600 Mk, bei der zweiten Klasse 300 M. jährlich betragen und in monatlichen Teilbeträgen im voraus bezahlt werden.

Ehrentafel: Das **Eiserne Kreuz II. Klasse** haben erhalten:[1])

Oberarzt d. Res. Dr. Abert-Würzburg, Ass.-Arzt Dr. Georg Abesser-Flensburg (Inf.-Regt. Nr. 86), Stabsarzt d. Res. Dr. Adolph, Augenarzt in Mannheim, Oberarzt Dr. Ansprenger-Königsberg i. Pr., Oberstabsarzt Dr. v. Ammon und Generalarzt Prof. Dr. v. Angerer in München, Oberarzt Dr. Atzrott-Rostock, Oberarzt d. Res. Dr. H. Aron-Breslau, Stabsarzt d. Res. Dr. Assum-Nürnberg.

Ass.-Arzt d. Res. Dr. Bachrach-Frankfurt a. M., Stabsarzt Dr. Karl Bärtlein-München, Stabsarzt d. Res. Dr. Wilh. Bätzner, Privatdozent in Berlin, Oberarzt Dr. Bartke-Rastatt, Oberstabsarzt Dr. Bassenge-Potsdam, Oberarzt d. Res. Dr. Felix Baum-Berlin, Stabsarzt d. Res. Dr. Erich Benjamin-München, Oberarzt d. Res. Dr. Bergrath-Würzburg, Stabsarzt d. R. Dr. Martin Bieberstein-Breslau, Oberstabsarzt Dr. Biedekarken-Göttingen, Stabsarzt d. Res. Dr. Bierotte-Berlin, Stabsarzt d. Res. Dr. Biese-Düsseldorf, Oberarzt der Res. Dr. Billich-Grafrath (Reg.-Bez. Wiesbaden), Ass.-Arzt d. Res. Dr. Bippus (Ellwanger Landw.-Bat. Nr. 124), Oberstabsarzt Dr. Blau-Potsdam, Stabsarzt d. L. u. Regt.-Arzt Dr. Blencke-Magdeburg, Stabsarzt d. Res. Dr. Frhr. v. **Blomberg**-Kosten, Oberstabsarzt d. Res. Dr. Bock-Rathenow, Stabsarzt d. Res. Dr. Bodeswes-Dortmund. Oberarzt d. Res. Dr. Boer-Sondershausen, Stabsarzt d. Res. Dr. Hans Bödicker-Berlin, Stabsarzt d. Res. Dr. Böhm-Schleswig, Oberstabsarzt Dr. Bötticher-Züllichau, Stabsarzt der Res. Dr. Eugen Borchardt-Charlottenburg, Stabsarzt der Res. Dr. Hermann Bortscheller-Kempten (Schwaben), Stabsarzt d. Res. Dr. v. Both-Cassel, Stabsarzt Dr. E. Braun-Berlin, Stabsarzt d. L. Dr. Braun-Solingen, Stabsarzt Dr. Adolf Braune-Einsiedel b. Chemnitz, Ass.-Arzt Dr. Georg Breitung, Inf.-Regt. Nr. 151, Stabsarzt der Res. Dr. Carl Breustedt-Fahrenzhausen-Unterbrück bei München, Stabsarzt der Res. Dr. Brömse-Güstrow i. Meckl., Ass.-Arzt Dr. Brüning im Inf.-Regt. Nr. 58, Oberarzt d. Res. Dr. Aus dem Bruch-Marl (Reg.-Bez. Münster), Stabsarzt Dr. Max Buchwald-Posen, Oberstabsarzt Dr. Bühler-Lindau a. Bodensee, General-Oberarzt Dr. Büse-Bayreuth, Oberstabsarzt Dr. Burchardt-Potsdam, Oberstabsarzt Dr. Burk und Stabsarzt d. Res. Dr. Walter Burk-Stuttgart, Stabs- und Reg.-Arzt Dr. v. Burski-Stuttgart.

---

[1]) Die Namen der Medizinalbeamten und der sonstigen Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamtenvereins sind **fett** gedruckt.

Stabsarzt d. Res. Dr. Carl-Augsburg, Oberstabsarzt Dr. Caudinus-Nürnberg, Stabsarzt d. L. Dr. Clasen-Verden, Ass.-Arzt Dr. Martin Claus, Inf.-Regt. Nr. 43, Stabsarzt d. Res. Dr. Viktor Cohn-Berlin, Oberstabsarzt Dr. Collin-Königsberg i. Pr., Oberstabsarzt Dr. Cornelius-Charlottenburg.

Stabsarzt d. Res. Dr. **Dennemark,** Kreisassistenzarzt in Sigmaringen, Oberstabs- u. Reg.-Arzt Dr. Diestel-Chemnitz, Stabsarzt d. Res. Dr. Dransfeldt-Hannover, Oberstabsarzt Dr. Dreist-Berlin, Assistenzarzt d. Res. Dr. Drey-Großhesseloh bei München, Stabsarzt Dr. Dupré-Grafenwöhr (Bayern),

Oberarzt Dr. Franz Eggel-Freiburg, Oberarzt d. Res. Dr. Wilh. Eichmeyer-Holzminden, Oberarzt d. Res. Dr. Eicke-Lüneburg, Oberarzt Dr. Eisenreich-München, Generalarzt Prof. Dr. Enderlein-Würzburg, Feldunterarzt Dr. Ermgasssus (3. Garde-Reg. z. Fuß), Stabsarzt d. Res. Dr. Friedrich Erne-Freiburg i. Br., Stabsarzt d. Res. Dr. Ernst Ewer-Berlin, Stabsarzt d. Res. Dr. Eschbaum-Barmen, Obergeneral- und Korpsarzt Dr. Eyerich-Würzburg.

Stabsarzt Dr. Fellerer-München, Stabsarzt d. Res. Dr. **Felgenträger,** Kreisarzt in Heiligenstadt, Oberarzt d. Res. Dr. Feuerhak-Templin, Stabsarzt Dr. Fieser-Ingolstadt, Stabsarzt Dr. Findel-Spandau, Ass.-Arzt d. R. Dr. Hans Fischer-Zennbowitz (Oberschlesien), Stabsarzt d. Res. Dr. Florschütz-Bamberg, Stabsarzt d. Res. Dr. Fritz Fränkel-Chemnitz, Stabsarzt Dr. Fritsche-Münster, Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Fromm-Freiburg i. Br., Assistenzarzt d. Res. Dr. Funccius-Hann. Münden, Oberarzt d. Res. Dr. Fürst-Schlachtensee bei Berlin.

Stabsarzt d. Res. Dr. Gain-Berlin, Stabsarzt d. Res. Dr. Galisch-Rothenfelde, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Wilhelm v. Gara, Oberarzt Dr. Geigenberger-Bamberg, Stabsarzt d. R. Dr. Geißler, Stabsarzt d. R. Dr. Gerlach-Berlin-Neukölln, Unterarzt Dr. Walter Giercke, Stabsarzt d. R. Prof. Dr. Edgar v. Gierke-Karlsruhe, Oberarzt d. L. Dr. Giulini-Nürnberg, Ass.-Arzt d. R. Dr. Carl Glehm-Bad Kohlgrub, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Manfred Goldstein-Halle a. S., Stabsarzt d. Res. Dr. Grahe-Hedemünden (Reg.-Bez. Cassel), Oberarzt d. Res. Dr. Grelck-Itzehoe (Holstein), Oberarzt d. Res. Dr. Fritz Gröning-Berlin, Oberarzt d. Res. Dr. Georg Grund-Halle a. S., Ass.-Arzt d. Res. Dr. E. Günther (14. bayer. Inf.-Regt.), Oberarzt d. Res. Dr. Grünspecht-Nürnberg, Oberstabsarzt Dr. Gunderloch-Stralsund.

Oberstabsarzt d. L. Dr. Hafner-Mengen (Württemberg), Oberstabsarzt Dr. Hahn-Straubing (Bayern), Stabsarzt Dr. Haist-Ulm, Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Harms-Tübingen, Stabsarzt d. L. Dr. Harms-Stralsund, Oberarzt d. Res. Dr. Harte-Hildesheim, Stabsarzt d. L. Dr. Härting-Leipzig, Stabsarzt d. L. Dr. Hartmann-Hannover, Stabsarzt d. L. Dr. Gustav Hartmann-Stuttgart, Oberstabsarzt Dr. Hauenschild-Erlangen, Stabsarzt d. R. Dr. Hans Haupt-Tharandt (Sachsen), Stabsarzt d. L. Dr. Hebenstreit-Mühlacker-Dürrmenz (Württemberg), Stabsarzt Dr. Heberle-Ulm, Stabsarzt d. Res. Dr. Heine-Berlin-Wilmersdorf, Stabsarzt d. Res. Dr. Heinsen-Augsburg, Stabsarzt d. L. Dr. Heise-Rathenow, Oberarzt d. Res. Dr. Richard Heller-Berlin, Stabsarzt Dr. Helmholz-Rathenow, Stabsarzt Dr. Hemme-Hannover, Stabsarzt d. Res. Dr. Hempell-Petershagen (Reg.-Bez. Minden), Stabsarzt d. Res. Dr. A. Henschel-Berlin, Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Hentze-Kiel, Oberarzt d. Res. und Bat-Arzt Dr. Herbrandt-Werdau bei Zwickau, Stabsarzt d. Res. Dr. Hermann-Winterlingen (Württemberg), Oberarzt d. Res. Dr. Hesse-Greifswald, Stabsarzt Dr. Heß, Stabsarzt d. Res. Dr. **Hillenberg,** Kreisarzt in Zeitz, Oberarzt Dr. Hilspach-Berlin, Stabsarzt d. L. Dr. Hiltermann-Osnabrück, Oberarzt d. Res. Dr. Martin Hirschberg-Schloß Tegel bei Berlin, Stabsarzt d. Res. Dr. Th. Hoffa-Barmen, Oberarzt d. Res. Dr. Richard Hoffmann, Oberarzt d. L. Dr. Carl Holm-Hamburg.

Stabsarzt Prof. Dr. Isemer-Berlin, Oberarzt d. Res. Dr. Joh. Iwersen-Flarupholz (Schleswig-Holstein), Oberarzt d. Res. Dr. Carl Jacobs-Berlin, Oberstabsarzt d. L. Dr. Franz Jäger-Stuttgart, Oberstabsarzt Dr. Jaehn-Wesel, Oberstabsarzt Dr. Jahn-Posen, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Ernst Jaliusburger-Breslau, Stabsarzt d. Res. Dr. Jochims-Büsum (Holstein).



Stabsarzt d. Res. Dr. Otto Kaufmann-Hüsten a. d. Ruhr, Oberarzt d. Res. Dr. Keerl-Zittau, Oberarzt d. Res. Dr. Franz **Kessel,** Kreisarzt in Rheinbach (Reg.-Bez. Cöln), Stabsarzt d. Res. Dr. Kesselring-Berlin-Wilmersdorf, Ass.-Arzt Dr. Walter Keßler-Wittenberg, Stabsarzt Dr. Franz Kirchheimer-Schneidemühl, Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Martin Kirschner-Königsberg i. Pr., Assistenzarzt d. Res. Dr. Kleiber-Breslau, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Klett-Stuttgart, Generaloberarzt Dr. Ludwig Klipstein-Schwerin, Stabsarzt d. Res. Dr. Felix Klopstock-Berlin-Wilmersdorf, Stabsarzt d. Res. Dr. Klunker-Jena, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Fritz Knauer-Buttelstedt (Thüringen), Stabsarzt d. Res. Dr. Knieke-Hannover, Stabsarzt d. Res. Dr. Knopf-Bodenwerder a. Weser, Oberstabsarzt Dr. Kob-Königsberg, Stabsarzt Dr. Kobley-Spandau, Oberarzt Dr. Koch, Inf.-Regt. Nr. 49, Stabsarzt d. L. Dr. **König,** Kreisarzt und ständiger Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Arnsberg, Stabsarzt Dr. Koepchen-Soldau, Oberarzt d. L. Dr. Wilh. Köhnlein-Sulzbach a. M. (Württemberg), Generaloberarzt Dr. Kolb-Würzburg, Oberarzt Dr. R. Korn-Heilbronn, Stabsarzt d. Res. Dr. Körting-Hannover, Stabsarzt Dr. Kowalewski-Berlin, Unterarzt Dr. Ernst Kraemer, Stabsarzt d. Res. Dr. Kraus-Pfakhofen bei Regensburg, Oberarzt d. Res. Dr Artur Krause-Kassel, Oberarzt d. Res. Dr. Paul Krause-Berlin, Oberarzt d. Res. Dr. Hans Krebs-Berlin, Stabsarzt Dr. Krebser-Stuttgart, Ass.-Arzt Dr. Erich Krüger-Weimar, Stabsarzt d. Res. Dr. Kunze-Hof, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Kwotzek-Oppeln (Oberschles.).

Stabsarzt Dr. Langenbeck-Allenstein, Generaloberarzt Dr. Lauff-Berlin, Oberarzt Dr. Lehle-Metz, Oberarzt d. Res. Dr. Lehr-Stuttgart, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Leisner-Kiel, Stabsarzt d. Res. Dr. G. Leopold-Stuttgart, Oberarzt d. Res. Dr. Karl Lexer, Privatdozent in München, Oberarzt d. Res. Dr. Levy-Hof, Stabsarzt d. L. Dr. Leymann, San.-Rat in Nienburg a. Weser (Hannover), Stabsarzt Dr. Adolf Lincke-Berlin, Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. **Loeffler**-Berlin, Generaloberarzt Dr. Loesener-Altona, Stabsarzt Dr. Lonhard-Straßburg im Elsaß, Stabsarzt Dr. Luithlen-Ludwigsburg (Württemberg).

Oberarzt d. Res. Dr. G. Maaß, Stabsarzt Dr. Maeder-Wesel, Oberstabsarzt Dr. Martius-München, Oberarzt d. Res. Dr. Mattiek-Niederschönhausen bei Berlin, Stabsarzt d. Res. Dr. Jens Matzen-Tellingstedt (Holstein), Oberarzt d. Res. Dr. Medow-Erlangen, Oberarzt Dr. Megele-Augsburg, Oberarzt Dr. Meinecke (Inf.-Reg. Nr. 116), Ass.-Arzt d. Res. Dr. Maxim. Mayer-Hamborn (Reg.-Bez. Düsseldorf), Ass.-Arzt d. R. Herm. Mayer-Born, Stabsarzt Dr. Wilh. Meyer-Altona, Marine-Stabsarzt Dr. Meyr-Wilhelmshaven, Stabsarzt Dr. Felix Meyer-Essen a. Ruhr, Stabsarzt d. Res. Dr. Ernst Michaelis-Berlin, Stabsarzt d. L. Dr. Minssen-Zoppot, Stabsarzt d. Res. Dr. Mues-Dülmen i. Westf., Oberarzt d. Res. Dr. Müller (Inf.-Regt. Nr. 78), Oberarzt d. L. Dr. Ferd. Müller-Andernach a. Rh., Oberarzt d. R. Dr. Richard Mundt-Bremen.

Oberarzt d. Res. Dr. Nagel-Oderberg, Stabsarzt Dr. Hugo Neumann-Cassel, Stabsarzt d. Res. und Reg.-Arzt Dr. Neumann (Feld-Art.-Regt. Nr. 3), Oberarzt d. Res. Heinrich Neue-Greifswald, Ass.-Arzt d. Res. Nickol-Daaden (Reg.-Bez. Koblenz), Oberarzt Dr. Nohl (Inf.-Reg. Nr. 130).

Stabsarzt Dr. Prof. Oertel-Düsseldorf, Oberarzt d. Res. Dr. Ohly-Limburg, Stabsarzt Dr. Osterroth-Hannover, Oberarzt d. Res. Dr. Ernst Ott-Rottweil (Württemberg).

Prof. Dr. Pankow-Düsseldorf, Stabsarzt d. L. Dr. Patzki-Leipzig, Stabsarzt d. Res. Dr. Rudolf Pelz-Parchwitz i. Schl., Oberarzt d. Res. Dr. Karl Pflanz-Ravensburg (Württemberg), Stabsarzt d. Res. Dr. Pflücker-Bad Wildungen, Oberarzt d. Res. Dr. Pflughöft-Sülbeck (Schleswig-Holstein), Oberstabsarzt d. Res. Dr. Philippi-Berlin, Generaloberarzt Dr. Pleyer-Augsburg, Stabsarzt d. L. Dr. Polano-Würzburg, Stabsarzt Dr. Poly-Würzburg, Stabsarzt Dr. Posner-Jüterbog, Stabsarzt d. R. Dr. Przegenda Nürnberg, Oberarzt d. Res. Dr. Quenstedt-Siegen a. Ruhr.

Oberarzt d. R. Dr. Rath-Crefeld, Oberarzt d. R. Dr. Otto Raspe-Strasburg i. Uckermark, Obergeneralarzt Dr. Reh-München, Ass.-Arzt d. R. Dr. Max Reinhard-Solln bei München, Oberstabsarzt Dr. Renner-Regensburg, Oberarzt d. Res. Dr. Rudolf Riedel-Daubom (Reg.-Bez. Wiesbaden), einj.-freiw. Arzt Dr. Hans Rinne-Berlin, Stabsarzt Dr. Rintelen-Ratzeburg, Oberarzt d. Res. Dr. Rohardt-Weissensee bei Berlin, Stabsarzt Dr. Rommeler-Wreschen in Posen, Oberstabsarzt Dr. Martin Rosenthal-Münster i. W., Stabsarzt d. Res. Dr. Rothe-Neuruppin, Obertsabsarzt Dr. Rothenaicher-Passau, Stabsarzt d. Res. Dr. Ruckert-Zehlendorf, Stabsarzt d. Res. Dr. E. Ruge-Frankfurt a. Oder.

Stabsarat Dr. Salchow-Cöln a. Rh., Stabsarzt d. Res. Dr. Sames-Eppstein (Reg.-Bez. Wiesbaden), Oberarzt d. Res. Dr. Saul-Neugraben (Reg.-Bez. Lüneburg), Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Schade-Kiel, Stabsarzt d. Res. Dr. Schild-Egestorf (Hannover), Stabsarzt d. Res. Dr. Schillbach-Berlin, Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Schlayer-München, Stabsarzt Dr. Schlemmer-Berlin, Oberarzt d. Res. Dr. Schlicht-Belgard (Pommern), Oberstabsarzt Dr. Schlier-Ingolstadt, Oberstabsarzt Dr. Schmidt-Fürth (Bayern), Stabsarzt Dr. Schnitzer-Weingarten (Württemberg), Oberarzt der Res. Dr. Willy Schönrock-Luschwitz (Posen), Oberarzt d. Res. Dr. Wilhelm Schott-Berlin, Oberstabsarzt Dr. Schröder-Neumünster (Holstein), Assistenzarzt Dr. Erich Schuckert-Flensburg, Oberstabsarzt Dr. W. Ch. Schulz-Karlsruhe, Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Walter Schultze-Braunschweig, Ass.-Arzt d. Res. Schwarz (Inf.-Reg. Nr. 35), Stabsarzt d. L. Dr. Richard Schwarz-Stuttgart, Stabsarzt d. L. Dr. Günther Seefisch-Berlin, Stabsarzt d. L. Dr. Sick, Direktor des Katharinen-Hospitals in Stuttgart, Oberarzt d. Res. Dr. Richard Siebeck, Privatdozent in Heidelberg, Oberarzt d. Res. Dr. Sievers-Peine (Hannover), Stabsarzt d. Res. Dr. Hans Siewczynski-Breslau, General- und Korpsarzt Dr. Sönning-Nürnberg, Oberstabsarzt Dr. Spaethen-Glatz, Stabsarzt d. L. Dr. Viktor Steiner-Stuttgart, Oberarzt d. Res. Dr. Fritz Stricker-Berlin, Oberstabsarzt Dr. Stude-Graudenz, Stabsarzt Dr. Syring-Bonn.

Oberstabsarzt d. Res. Dr. Theben-Münster, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Walter Thinius, Oberarzt d. Res. Dr. Thomas-Berlin, Stabsarzt d. Res. Dr. Fritz Toeplitz-Breslau, Oberarzt d. Res. Dr. Rudolf Tortzeck-Bukow (Kreis Lebus), Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. Trendel-Stuttgart, Oberstabarzt Dr. Tüshaus-München.

Stabsarzt Dr. Paul Ullmann-Berlin.

Ass.-Arzt d. Res. Dr. Karl Vöchting-Tübingen, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Vöchting-München, Oberarzt d. Res. Dr. Erich Völker-Burmen, Oberstabsarzt Dr. Fr. Voigt-Kolberg in Pommern.

Oberarzt d. Res. Dr. Rich. Wagner-Fellbach (Württemberg), Stabsarzt Dr. Wallmann-Plön (Holstein), Stabsarzt d. Res. Dr. Waldow-Osthofen i. Rheinhessen, Oberstabsarzt Dr. Weichel-Allenstein, Unterarzt Dr. Werlich-Dresden, Oberarzt d. Res. Dr. Werner Werner-Berlin, Stabsarzt d. L. Dr. Ernst Werner-Winnental (Württemberg), Stabsarzt d. Res. Dr. Werner-Quittaenen (Ostpreußen), Stabsarzt d. Res. Dr. Welzel-Bielschowitz (Oberschl.), Stabsarzt d. L. Dr. Wichern-Bielefeld, Assistenzarzt der Res. Dr. Wiedersheim-Cannstadt, Stabsarzt der Res. Dr. Winkelmann-Barmen, Stabsarzt d. Res. Dr. Joh. Witte-Hannover, Stabsarzt d. L. Dr. Wohlberg-Norderney, Generaloberarzt Dr. Wolffhügel-Landshut, General- und Korpsarzt Dr. Würdinger-München, Prof. Dr. Eduard Wullstein-Bochum, beratender Chirurg des VII. Armeekorps, Ass.-Arzt Dr. Hans Wullenweber-Sonderburg, Oberarzt d. Res. Dr. Wünn-Nowawes bei Potsdam.

Oberstabsarzt Dr. v. Zander-Perleberg, Ass.-Arzt Dr. Zechlein-Wiesbaden, Stabsarzt Dr. Zehnter-Erlangen, Oberstabsarzt d. L. Dr. Zengerle, Stadtarzt in Ravensburg (Württemberg), Oberarzt d. Res. Dr. Zencker-Wittmund (Reg.-Bez. Aurich), Oberstabsarzt Dr. Zenetti-Dillingen, Oberarzt def Res. Dr. Zillesen-Berlin, Oberarzt d. Res. Dr. Zillmer-Hamburg, Stabsarzt d. Res. Med.-Rat Dr. Zimmer, Kreisarzt in Berlin.

Ehren-Gedächtnistafel. **Für das Vaterland gestorben** sind ferner die **Aerzte:**

Unterarzt H. Barth-Berlin, Stabsarzt d. L. Dr. Brockmann-Tilsit.

Stabsarzt Dr. Ernst Ebeling-Osterode (Ostpreußen), Stabsarzt d. Res. Dr. Ehrle-Freiburg i. Br. (an Typhus gestorben), San.-Rat Dr. Elgnowski-Ortelsburg.

Feldunterarzt Dr. F. Heckner-Bremen, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Ernst Heinrich-Nieder-Saulheim (Rheinhessen), Stabsarzt d. R. Dr. Hans Herrmann-Genthin, Feldunterarzt Georg Herrenschneider-Mühlhausen i. Els., Oberarzt d. L. Bezirksassistenzarzt Dr. Hildenstab-Graben bei Karlsruhe.

Unterarzt Dr. Koehler-Graudenz.

Feldunterarzt Dr. Link-Offenburg.

Unterarzt Dr. Karl Heinz Müller-Cöln a. Rh.

Feldunterarzt C. Preusser-Kirchen (Sieg) [Reg.-Bez. Koblenz].

Oberarzt Dr. Richard Schlüter, Oberarzt d. Res. Dr. Schmidtgal-Potsdam, Feldunterarzt Hans Schultz (Gren.-Regt. Nr. 1), Oberarzt d. Res. Dr. R. Stumpf-Breslau.

Stabsarzt Dr. Trespe-Mühlhausen i. Els.

Feldunterarzt Dr. Wertheim-Dresden, Ass.-Arzt Dr. Wiechmann-Hannover, Oberarzt d. Res. Dr. H. Wolff-Gießen, Stabsarzt d. Res. Dr. David Wolff-Hamburg, Unterarzt Dr. Wüstefeld, Inf.-Regt. Nr. 91.

Aerzte für Ostpreußen. In den Orten Ostpreußens, wo wegen des herrschenden Aerztemangels Aerzte vorübergehend angestellt werden, erhalten diese seitens der Behörden die Erstattung der Reisekosten, freie Wohnung und 25 Mk. tägliche Entschädigung. Dafür müssen sie Zahlungsunfähige umsonst behandeln. Die fraglichen Orte sind behördlich festgestellt. Es bleibt vorbehalten, daß während der Dauer der Beschäftigung ein Wechsel des Aufenthalts eintritt. Auskünfte erteilt Herr Reg.- und Medizinalrat Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr

---

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen.[1]) **Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der** Zeit vom 27. September bis 10. Oktober 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rotz, Rückfallfieber, Aussatz, Tollwut, Fleckfieber, Pocken: — (—), — (—); Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: — (—), 3 (—); Milzbrand: — (—), 3 (2); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: — (—), 6 (—); Unterleibstyphus: 433 (80), 441 (38); Ruhr: 651 (25), 238 (21); Diphtherie: 1508 (108), 1582 (118); Scharlach: 1730 (78), 1688 (104); Kindbettfieber: 73 (17), 87 (20); Genickstarre: 5 (1), 3 (1); spinaler Kinderlähmung: 1 (—), 6 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 81, 24; Tuberkulose (gestorben): 523, 604.

[1]) Von der bisher regelmäßig gebrachten übersichtlichen Zusammenstellung der Erkrankungen an Cholera oder Pest ist bis auf weiteres Abstand genommen, da die Nachrichten darüber infolge des Krieges **unvollständig und lückenhaft sind.**

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 22. Ausgegeben am 20. November 1914.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch
J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Annoncen-Annahme und verantwortlich für den Inseratenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Berlin NW. 7.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 22.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Dr. Schlütter, Kreisarzt in Pyritz.

In den Ruhestand getreten: Geh. Med.-Rat Dr. Erdner, Kreisarzt in Görlitz.

Gestorben: San.-Rat Dr. Grahlmann in Esens (Ostfriesland), Prof. Dr. Gottschalk und San.-Rat Dr. Wilh. Paul in Berlin, Dr. O. Hohenemser in Frankfurt a. M., San.-Rat Dr. Eschholz-Kreuznach, San.-Rat Dr. Wolff in Gießen, San.-Rat Dr. Groebe in Fransösisch-Buchholz bei Berlin, San.-Rat Dr. Buschbeck in Großhartmannsdorf (Reg.-Bez. Liegnitz).

Königreich Bayern.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. Karl Thiel in Karlsstadt zum Bezirksarzt in Ebern.

Gestorben: Bezirksarzt Dr. Bergmann in Zusmarshausen, Aerztin Dr. Irma Heynemann in München.

Königreich Sachsen.

Gestorben: Dr. Bettai in Dresden und Oberstabsarzt a. D. Dr. Helbig in Radebeul bei Dresden.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: Die Karl-Olga-Medaille in Silber: dem San.-Rat Dr. E. Weil sowie den prakt. Aerzten Dr. Achilles, Dr. Max Weil und Dr. Pfeilsticker, sämtlich in Stuttgart.

Grossherzogtum Hessen.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Jaup in Offenbach zum Kreisarzt in Erbach.

Versetzt: Med.-Rat Dr. Walger in Erbach in gleicher Eigenschaft nach Gießen.

Grossherzogtum Oldenburg.

Gestorben: Dr. Alfred Lippe in Leuwerdor,

27. Jahrg. 1914.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt
für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.
Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 22.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Nov.

Eindrücke aus Belgien.

Von Reg.- und Med.-Rat Dr. **Ritter,** Stabsarzt im Landsturm-Infanterie-Bataillon-Minden.

Als ich vor 4 Jahren am Internationalen Tuberkulose-Kongreß in Brüssel teilnahm, wurde von den Rednern aller Nationen betont, daß gerade derartige Kongresse geeignet wären, den allgemeinen Weltfrieden zu erhalten und zu fördern. Ich konnte daher nicht ahnen, daß mich wenige Jahre später dieselben damals bereisten Gegenden längere Zeit als Feind aufnehmen müßten; freilich befinde ich mich nicht eigentlich bei einer fechtenden Truppe, sondern bei einem verhältnismäßig friedlichen Landsturm-Bataillon, das nur teilweise und ab und zu kleinere Zusammenstöße mit dem Feinde gehabt hat. Um so besser habe ich Zeit gehabt, Land und Leute kennen zu lernen; ich folge deshalb gern dem Wunsche des Herausgebers dieser Zeitschrift, die gewonnenen Eindrücke, soweit sie für den Leserkreis Interesse haben, kurz und flüchtig, wie es die Zeit erlaubt, niederzuschreiben. Gern hätte ich auch einige militärärztliche Bemerkungen eingeschaltet, weil man gerade bei einem

Landsturmbataillon in dieser Hinsicht Beobachtungen machen kann, die mancherlei Interessantes bieten; muß mir aber hierin Reserve auferlegen, weil derartige Veröffentlichungen mit Recht vorläufig verboten oder wenigstens sehr erschwert sind.

Meine Beobachtungen sind in der belgischen Provinz Limburg gemacht, die mit ihren 280000 vorzugsweise aus Vlamländern bestehenden Einwohnern östlich an Holland stößt, sonst aber ungefähr in der Mitte von Belgien liegt. Hauptstadt der Provinz ist Hasselt mit etwa 18000 Einwohnern, beinahe dieselbe Größe haben die Städte St. Truijen (St. Trond) und Tongeren. Die Industrie ist in dieser Gegend wenig entwickelt, vorwiegend wird Landwirtschaft getrieben; der Boden ist von wechselnder Güte; die zahlreich vorhandenen großen Obstgärten, die in ihrer Anlage stark an den hannoverschen Kreis Jork, der ja bekanntlich eine holländische Kolonie ist, erinnern, brechen gerade in diesem Jahre unter der Last der Frucht, ohne daß genügende Verwendung für das Obst vorhanden ist. Nach Holland zu wird der Boden sandiger; dort finden sich noch viele, nicht kultivierte Heideflächen.

Was nun zunächst die Aerzte anbetrifft, so nehmen sie durchweg eine sehr angesehene Stellung ein; beispielsweise ist fast in jeder Stadt der zweite Bürgermeister ein Arzt; auch deutet die prunkvolle Einrichtung ihrer Häuser, die über die der deutschen Aerzte einer Mittelstadt weit hinausgeht, darauf hin, daß sie gute Einnahmen haben. Was ich aber von ihrer chirurgischen Tätigkeit — über die anderen Zweige kann ich mir ein Urteil nicht erlauben — gesehen habe, läßt darauf schließen, daß sie in diesem Zweig der Tätigkeit doch nicht so gut ausgebildet sind, wie die deutschen Aerzte. Ich hatte eine große Anzahl von gefangenen belgischen Verwundeten auf Transportfähigkeit zu untersuchen, die bislang längere Zeit von belgischen Militär- oder Zivilärzten behandelt waren; fast nie sah ich glatte Heilung, fast alle Wunden eiterten stark und waren mit unsterilisierten Leinwandlappen bedeckt, die nicht von den Aerzten, sondern von Krankenpflegern (Brüdern) mit ungereinigten Händen aufgelegt waren. Notwendige mediko-mechanische Behandlung war unterlassen. Dann wieder mußten wir eine Anzahl schwer verwundeter Deutscher übernehmen, die bislang von belgischen Zivilärzten behandelt waren, weil eine deutsche Besatzung nicht am Orte anwesend war. Hier hatten sich die belgischen Aerzte offensichtlich viel Mühe gegeben; sie hatten z. B. bei schweren Eiterungen unnötigerweise zweimal täglich die Verbände gewechselt. Unsere Verwundeten haben uns denn auch nachträglich gestanden, daß sie nur mit einem gewissen Mißtrauen in unsere Behandlung mit nicht so häufigem Verbandwechsel gekommen seien, das sich zur Angst gesteigert hätte, als wir sofort einige größere Inzisionen zur besseren Ableitung des Eiters vornahmen und einige lose Sequester entfernten. Als wir aber auch sofort an anderen Stellen Drainageschläuche, die unnötig Knocheneite-

rungen unterhielten, fortließen, und sich der Zustand der Kranken eigentlich sofort besserte, da haben sie ihre Ansicht bald geändert.

Krankenhäuser sind überall in großer Zahl und überreichlich mit Betten ausgestattet vorhanden; sie sind teils städtisch, teils im Besitz katholischer Orden. Die Einrichtung ist durchweg nicht modern, da die Häuser alt sind. Licht und Luft mangelt; die Betten sind schauderhaft, auch die Reinlichkeit läßt zu wünschen übrig. An den Wänden der Korridore finden sich ebenso, wie in den belgischen Kasernen, vielfach Bilder, die in etwas übertriebener Struwelpetermanier die Folgen des Alkoholmißbrauchs darstellen. Zu Beginn des Krieges hatte man noch überall Reservelazarette in Privathäusern und auch Holzbaracken für ansteckende Krankheiten geschaffen, die aber nie gefüllt gewesen sind und jetzt vollständig leerstehen.

Apotheken sind überreichlich vorhanden, in Hasselt allein 5, in St. Truijen sogar 8. Das rührt daher, weil sich jeder Apotheker nach erlangter Approbation niederlassen kann, wo er will; trotzdem gibt es einzelne alte Apotheken, die Jahrhunderte lang im Besitze derselben Familie geblieben, und deren Inhaber offensichtlich sehr wohlhabend sind. Zur Apotheke gehört nur die Offizin und der Arzneikeller; größere Apotheken haben noch einen Raum für überschüssige Vorräte. Selbständige Arbeiten werden also in den Apotheken nicht vorgenommen; alle Waren müssen bezogen werden. Separanda und direkte Gifte werden in demselben Schranke aufbewahrt. Es gilt das belgische Arzneibuch (dritte Auflage) vom Jahre 1905, das in lateinischer und französischer Sprache geschrieben ist; es ist ähnlich, wie das deutsche Arzneibuch, nur erheblich kürzer und enthält zugleich das Verzeichnis der Arzneimittel, die in jeder Apotheke vorrätig gehalten werden müssen.

Die Apotheken werden alljährlich von einer dreiköpfigen Kommission, die nur aus Apothekern besteht, besichtigt.

Zahlreich sind die Drogen- und Gifthandlungen, deren Besitzer jetzt keinerlei Konzession bedürfen, während bis vor 20 Jahren die Genehmigung zum Betriebe von dem Bestehen eines Examens abhängig gemacht war. Drogen und Gifte dürfen nicht zu Heilzwecken auf ärztliche Verordnung und Gifte auch nicht in kleinen Mengen abgegeben werden, doch ist die Abgabe der Gifte zu technischen Zwecken und der Großhandel unbeschränkt.

In Hasselt ist die erst im vorigen Jahre eröffnete, modern eingerichtete Provinzialhebammenlehranstalt der Provinz Limburg. Sie ist für 12 Hebammenschülerinnen eingerichtet und enthält 12 Betten für Wöchnerinnen; bei der inneren Einrichtung konnten aus Sparsamkeitsgründen nicht alle Wünsche des Direktors, der übrigens nur im Nebenamte angestellt ist und außerdem ärztliche Allgemeinpraxis betreibt, berücksichtigt werden; doch genügen die Krankenzimmer, die Betten, das

Operations- und das Entbindungs-Zimmer allen Anforderungen. Als ich sie besichtigte, fand gerade das Schlußexamen statt. Stolz zeigte mir die Oberhebamme ein Phantom, das mehr als 500 Fr. gekostet hatte. Es war durch Schraubenvorrichtung so verstellbar, daß das Becken beliebig enger und weiter gemacht, und jede Beckenanomalie nachgeahmt werden konnte. Die Bauchdecken bestanden aus einem Luftkissen von Gummi, bei dem man durch Lufteinblasen die äußere Untersuchung beliebig erschweren konnte. Die Ausbildungszeit für die Schülerinnen beträgt 2 Jahre, doch werden die Hebammen auch systematisch in der Krankenpflege ausgebildet. Am Schlusse des ersten Jahres findet eine Vorprüfung, nach einem weiteren Jahre die mehrtägige Schlußprüfung statt, die in zwei Abschnitte (Geburtshilfe und Krankenpflege) und in einem schriftlichen und mündlichen Teil besteht. Die geprüften Hebammen dürfen auch, was sicher nicht gut ist, sich in der Praxis erheblich mehr in der Krankenpflege betätigen, als unsere Hebammen. Das Hebammenlehrbuch, das ebenso wie das Krankenpflegebuch in vlämischer Sprache erschienen ist, ist veraltet; es stammt aus dem Jahre 1905; ein neues ist in Vorbereitung. Das Krankenpflegebuch ist erheblich umfangreicher als das deutsche, stammt aus diesem Jahre und ist sehr reichlich mit guten, das Verständnis erleichternden Abbildungen ausgestattet. Wiederholungskurse für Hebammen sind noch nicht eingerichtet, ihre Einführung ist aber geplant. Auffallend ist es, daß die Schülerinnen keine Waschkleider, sondern schwarze Wollkleider und bei den Entbindungen weiße Schürzen tragen. Die Zahl der Hebammen ist wegen der langen Ausbildungszeit und dem Mangel an Hebammenlehranstalten eine verhältnismäßig geringe, so daß auf die einzelne Hebamme etwa 140 Entbindungen im Jahre kommen. Da auch die Bezahlung der Hebammen eine gute ist (außer 10, 15, 20 oder 30 Fr. für die Entbindung je nach der sozialen Stellung noch ein Taufgeld in derselben Höhe), so sind ihre Einkünfte erheblich höher als in Deutschland; deshalb ist auch der Andrang gebildeter Damen zur Ausbildung ein entsprechend größerer.

Die Provinzialirrenanstalten befinden sich in St. Truijen und zwar eine für Männer mit 700 und eine für Frauen mit 800 Betten, von denen ich nur die letztere besichtigen konnte. In ihr sind die Kranken in 4 Verpflegungsklassen untergebracht, die wiederum bis auf die erste Klasse in je 6 Abteilungen je nach der Gefährlichkeit verteilt sind. In der Mitte des Grundstücks liegen abgeteilte große Lichtgärten und schöne freie Plätze; die Zimmer und Betten sind modern eingerichtet, nur findet man auffallenderweise in allen Krankenzimmern Katzen vor; auch das Pflegepersonal (Schwestern) machte einen guten Eindruck. Als großer Mangel ist es aber zu bezeichnen, daß die ärztliche Versorgung nur durch 3 nebenamtlich angestellte Aerzte stattfindet, von denen keiner in der Anstalt wohnt, und daß der leitende Arzt zugleich noch Erster Standesbeamter

der Stadt ist. Nebenbei müssen diese Aerzte noch ein mit der Anstalt verbundenes Krankenhaus von 50 Betten für körperlich Kranke versorgen.

Sehr interessant und erwähnenswert ist die Wasserversorgungsanlage der Stadt Hasselt, die erst vor 2 Jahren errichtet ist. Nach vielen vergeblichen Bohrversuchen auf gutes Grundwasser entschloß man sich zur Flußwasserversorgung, nachdem das Wasser durch amerikanische Schnellfiltration vorbehandelt wird. Das Wasser wird zwei kleinen Bächen entnommen, die beide ziemlich stark verunreinigt sind, stets Kolibazillen enthalten und außerdem stark eisenhaltiges Wasser führen. Das Rohwasser wird zunächst mit Chlorkalk und Aluminiumsulfat vermischt, wobei die Menge der Zusätze nach Menge und chemischer Zusammensetzung des Gebrauchswassers ständig kontrolliert wird; es gelangt dann in ein Absitzbecken und von dort durch drei Sandfiltern mit Rechenreinigung und schließlich in das Reinwasserbassin. Das gewonnene Wasser ist völlig klar, enthält nie Kolibazillen und nur 0 bis höchstens 50 Keime im ccm; es hat jedoch einen unangenehmen, faden Geschmack, der von den chemischen Zusätzen herzurühren scheint.

Das Wasserwerk ist von einer Pariser Firma „der Societé anoyme d' Assainissement des Eaux“, die aber inzwischen liquidiert hat, errichtet. Es ist natürlich sehr teuer gewesen, so daß die Stadt allein die Kosten nicht hätte aufbringen können. Da aber der belgische Staat sich sehr für die Anlage interessierte und die sehr umfangreichen Vorversuche selbst leitete, kam das Werk unter der Bedingung zustande, daß der Staat die Hälfte, die Provinz und die Gemeinde je ein Viertel der Anlagekosten tragen sollten. Der Staat stellte außerdem die sehr notwendige Bedingung, daß die Anlage dauernd bakteriologisch und chemisch von sachverständiger Seite überwacht wird. Die Anlagekosten haben einschließlich der Leitungsröhren 700000 Fr. betragen. Man hatte ursprünglich gehofft, die Sandfilter nur alle 3 Tage reinigen zu brauchen; da sich aber herausstellte, daß das Wasser dann nicht genügend klar war, hat man jetzt eine tägliche Reinigung eingeführt. Dadurch erhöhen sich allerdings die Betriebskosten auf 0,05 Fr. pro cbm Reinwasser. Das Wasser wird für 0,3 Fr. pro cbm an die Hausbesitzer abgegeben, zu Fabrikzwecken und für die Eisenbahnverwaltung ist es bedeutend billiger. Die Hasselter Anlage war die erste, die in Belgien nach diesem System angelegt ist; es ist jedoch bereits eine Reihe anderer Städte mit ähnlichen Wasserverhältnissen dem Beispiele gefolgt.

Die Stadt Hasselt hat eine Schwemmkanalisation, die aber erst zum Teil durchgeführt ist; ein großer Teil der Häuser hat noch das Grubensystem. Als wir in Hasselt einrückten, hatte man schon wochenlang versäumt, die Gruben zu entleeren, sie waren sämtlich zum Ueberlaufen voll und verpesteten die Luft. Auf meine Veranlassung hat daher die Kommandantur

angeordnet, daß sämtliche Gruben sofort und von da an in regelmäßigen Abständen pneumatisch entleert werden. Die nötigen Vorrichtungen dazu liefert ein Großgrundbesitzer der Nachbarschaft, der die Fäkalien auf seine Spargelplantagen abfährt.

Zur Verhütung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten habe ich die nachstehende Verordnung veranlaßt, für deren stilistische Fassung ich aber nicht verantwortlich bin:

Stadt Hasselt.

Op bevel van de Duitsche militaire Overheid maakt de Gemeenteraad aan de inwoners bekend:

1. Voortaan is het verboden ander ijs te maken als met water dat uit de stadswaterleiding komt.

2. Het is verboden het putwater ongekookt te drinken.

3. De brouwers mogen hunne fleesschen slechts met het water der stadswaterleiding zuiveren.

4. De geneesheeren, en, indien een dokter niet geraadpleegd wordt, de familiehoofden zijn op straffe verpflicht alle typhus-, roodeloop-, cholera- en poklijders op het bureel van den Heer Kommandant, binnen de acht uren, aan te geven. Ook moeten de verdachte ziekten aangemeld worden.

Hasselt, den 17. Okt. 1914.

De dd. Burgemeester,
J. Roelants.

Stadt Hasselt.

Auf Befehl der deutsche Militärbehörde machen die Stadtverordneten den Einwohnern bekannt:

1. Künftighin ist es verboten anderes Eis herzustellen als solches, das aus dem Leitungswasser der Stadt gewonnen wird.

2. Es ist verboten, das Wasser aus den Ziehbrunnen in ungekochtem Zustande zu trinken.

3. Die Brauwer dürfen ihre Flaschen nur mit dem Wasser der Stadtwasserleitung reinigen.

4. Die Aerzte, und falls ein Arzt nicht zugezogen sein sollte, die Haushaltungsvorstehenden sind bei Strafe verpflichtet, alle Typhus-, Ruhr-, Cholera- und Pockenkranken, innerhalb acht Stunden, der Kommandantur zu melden.

Auch der Krankheitsverdacht ist anzeigepflichtig.

Hasselt, den 17. Okt. 1914.

Der Stellv. Bürgermeister,
J. Roelants.

Ville de Hasselt.

Par ordne de l'Autorité militaire Allemande, l'Administration communale fait savoir aux habitants:

1. Il est dorénavant défendu de fabriquer de la glace, si ce n'est avec l'eau de la distribution d'eau de la Ville.

2. Il est défendu de boire de l'eau de puits à moins qu'elle ne soit bouillie.

3. Les brasseurs ne pourront nettoyer leurs bouteilles qu'avec l'eau de la Ville.

4. Les médecins et, si ceux-ci n'ont pas été consultés, les chefs de famille sont obligés, sous peine de punition, de déclarer chez Monsieur le Commandant, endéans les huit heures, tous les cas de typhus, dyssenterie, choléra et variole. — Les cas suspects doivent également être déclarés dans le même délai.

Hasselt, le 17 octobre 1914.

Le ff. de Bourgmestre
J. Roelants.

Diese Bekanntmachung ist durch Maueranschlag in deutscher, vlämischer und französischer Sprache bekanntgegeben, auch haben die Aerzte und Bierbrauer Abschrift bekommen. Aus der Bekanntmachung ist zu entnehmen, daß in Hasselt auch der Typhusverdacht anzeigepflichtig ist. Seit dem 1. November ist für die Provinz Limburg eine deutsche Militär- und Zivilverwaltung mit dem Amtssitze in Hasselt eingerichtet; es steht zu hoffen, daß bei dieser Einrichtung auch die notwendigen medizinalpolizeilichen Aufgaben gebührende Berücksichtigung finden werden.[1])

---

[1]) Der Verfasser ist inzwischen zum hygienischen Beirat des Zivilpräsidenten der Verwaltung für die Provinz Limburg ernannt. Red.

Unterricht von Volksschülerinnen in der Säuglingspflege.

Von Med.-Rat Dr. Thiersch, Kgl. Bezirksarzt in Dresden-Land.

Wer jahrelang in Säuglingsfürsorge tätig gewesen ist, wird mir zugeben, daß Belehrungen durch Hebammen, Merkblätter, Beratungsstellen, Vorträge, Zeitungsartikel häufig gerade diejenigen Mütter unberührt lassen, die es am meisten angeht. Durch die genannten Fürsorgebestrebungen ist zwar viel Gutes geschafft worden, die Stilltätigkeit hat sich gehoben, so manches Vorurteil wurde beseitigt, wichtige Grundsätze der Säuglingspflege sind in weite Kreise getragen worden; aber nach wie vor sterben Tausende von kräftig entwickelten und durchaus gesunden Kindern im ersten Lebensjahr, einfach aus dem Grunde, weil die Kenntnis der Pflege des Kindes nur in einem sehr beschränkten Maße Gemeingut geworden ist. Daß von 100 Todesfälle eines Jahres 50 und mehr auf Kinder des 1. Lebensjahres entfallen, ist nichts seltenes; besonders die Kollegen aus Gegenden mit starker Industrie werden mir dies bestätigen. Der Grund für diesen Mißerfolg unserer bisherigen Säuglingsfürsorge ist unschwer zu finden; er liegt darin, daß Frauen, die nicht bereits Kenntnisse in Säuglingspflege mit in die Ehe bringen und diese erst erlernen sollen, nachdem sie 6 und 8 Kinder in die Welt gesetzt haben, dazu einfach unfähig sind. Es ist aber nicht möglich, diesen abgearbeiteten, häufig auf Lohnarbeit gehenden und in der Sorge für eine große Kinderschar aufgehenden Frauen weder allgemeine Begriffe über Sauberkeit, zweckmäßige Kleidung des Säuglings und seine Ernährung, noch die zahlreichen kleinen Handgriffe, die eigentliche Technik der Säuglingspflege beizubringen, wie sie beim Baden, Ankleiden, Auskleiden, Behandlung der Nase, des Mundes, der Ohren, bei Zubereitung der Flaschennahrung nun einmal nötig ist. Alles dies geht in den Kopf dieser Leute nicht mehr hinein. Die Gedankengänge der Frauen sind durch die Ueberlieferung und eigene Handhabung derart festgelegt, daß der Versuch einer Belehrung nur zu häufig falsches Verständnis oder unrichtige Anwendung auslöst. Es ist und bleibt verlorene Liebesmühe, Frauen von einem gewissen Alter an über diese Dinge belehren zu wollen; auch bei noch so intensiver Ausdehnung der herkömmlichen Säuglingsfürsorgebestrebungen werden diese immer wieder an dem passiven Widerstand derjenigen, die belehrt werden sollen, scheitern. Der greifbare Nutzen dieser Art von Aufklärungsarbeit wird immer gering bleiben.

Der Gedanke liegt deswegen nahe und wird seit einiger Zeit unter den Kinderärzten erörtert, die heranwachsende weibliche Jugend der unteren Stände als Hilfstruppe zu gewinnen. Dabei richtet sich das Augenmerk weniger auf die schulentlassenen, als auf die noch in der Schule befindlichen Mädchen. Hat ein Kind die Schule verlassen, so geht es, in meiner Gegend wenigstens, in die Fabrik oder in den Dienst; nur wenige bleiben zu Hause. Das sind aber gerade diejenigen, die eine solche

Belehrung weniger nötig hätten als die, die das Elternhaus verlassen haben. Man ist also schon auf die Schulmädchen angewiesen. Sieht man näher zu, so fällt diesen ja schon häufig die Aufgabe zu, ihre kleinen Geschwister zu warten und zu pflegen; sie tragen auch noch die Liebe zu ihren Puppen im Herzen. Man wird ihnen also ohne weiteres das größte Interesse für alles zutrauen dürfen, was mit dem Wohl und Wehe kleinster Kinder zusammenhängt. Auch daß die Kinder noch die Schule besuchen, ist günstig. Sie nehmen den gebotenen Unterrichtsstoff willig an; denn die Autorität der Schule sorgt ganz von selbst dafür, daß er gern aufgenommen und verarbeitet wird. Wäre aber noch ein Zweifel, ob sich halbwüchsige Mädchen für einen solchen Unterricht eignen, so würde dieser beseitigt durch Erfahrungen, die man in New-York gemacht hat. Dr. Borchardt in Charlottenburg schildert in seiner Abhandlung: „Die Mitarbeit der weiblichen Schuljugend im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit in New-York"[1]) sehr anschaulich die großartige Organisation der dortigen Schulmädchen, die viele Tausende Kinder umfaßt, von Aerzten und Schwestern geleitet wird und durch sofortige Nutzanwendung des in den Lehrgängen Erlernten eine bedeutende Verminderung der Säuglingssterblichkeit herbeigeführt hat. Ich muß es mir versagen, an dieser Stelle ausführlich auf die interessante Arbeit einzugehen, rate aber jedem, der sich mit dieser Frage beschäftigt, sie im Original nachzulesen. Vieles, was daselbst über amerikanische Zustände gesagt ist, paßt auf unsere deutschen Verhältnisse nicht; aber das, worauf es hier ankommt, ist erwiesen: Die 13 bis 14jährigen Schülerinnen der obersten Klassen der Volksschulen sind durchaus befähigt, die Kenntnisse in Säuglingspflege, die ihren Müttern mangeln, zu erlernen und sofort zu Hause in die Tat umzusetzen.

Meines Wissens wird nun zwar hie und da in den Schulen gelegentlich des Unterrichtes in anderen Fächern auf diese Dinge hingewiesen, aber ein methodischer, mit praktischen Uebungen verbundener Unterricht in Säuglingspflege ist in unserem Vaterland in den Volksschulen wohl noch nirgends eingeführt worden. Es wird deshalb die Beschreibung eines solchen Kursus, wie er kürzlich in dem mir unterstellten Bezirk Dresden-Land stattgefunden hat, sicherlich interessieren; derselbe ist so günstig ausgefallen, daß er ohne weiteres zur Nachahmung empfohlen werden kann.

Der Lehrgang wurde in der Schule zu Potschappel, einer in der Nähe von Dresden gelegenen größeren Landgemeinde, abgehalten. Beteiligt waren 20 Kinder, die von 60, die sich gemeldet hatten, ausgesucht waren. Als Unterrichtsraum diente die in dieser Schule befindliche Haushaltungsschule, was besonders wegen der schnellen Bereitstellung heißen Wassers

[1]) Ergänzungshefte der Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1912, Heft 4.

von Vorteil war. Den theoretischen Teil des Unterrichts übernahm ich selbst, den praktischen Teil die verdiente Oberschwester des städtischen Säuglingsheims in Dresden, Frl. Naumann. Der gesamte Stoff wurde — etwas knapp — in 4 Lektionen zusammengefaßt; die 5. und 6. Lektion dienten Wiederholungen. Jedesmal wurde den Kindern zunächst von mir der Lehrstoff in einer Viertel- bis halben Stunde teils durch Vortrag, teils auch durch Abfragen beigebracht; unmittelbar daran schloß sich die praktische Unterweisung durch die Schwester. Der von mir vorgetragene Lehrstoff wurde den Kindern am Schluß jeder Lektion in Gestalt kurz zusammenfassender Sätze schriftlich übergeben. Zu Beginn der folgenden Lektion wurde sodann der Inhalt dieser Leitsätze wieder abgefragt und dann erst zum folgenden Gegenstand übergegangen. Jede Lektion dauerte auf diese Weise etwa 2 Stunden. Die Pause zwischen den einzelnen Lektionen betrug 1/2 bis 1 Woche, so daß der Probekursus nach 4 Wochen zu Ende war. Eine Prüfung vor geladenen Gästen bildete den Abschluß.

Für den theoretischen Unterricht hatte ich auf besondere Hilfsmittel wie Abbildungen, Modelle usw. verzichtet. Die für den praktischen Teil notwendigen Ausrüstungsgegenstände wie Modellpuppe, Säuglingswäsche, Badewanne, Korb, Spielsachen usw. waren in sehr dankenswerter Weise zum größten Teil geschenkt worden.

Zum besseren Verständnis des Lehrgangs sei nachfolgend kurz der Inhalt des Vorgetragenen wiedergegeben:

Theoretischer Unterricht:

1. Stunde: Kleidung:

Allgemeine Bemerkungen über Wärmehaushalt. Der menschliche Körper strahlt gleich einem Ofen Wärme aus. Kleidungsstücke lassen die Wärme teils durch, teils geben sie sie dem Körper zurück, der dadurch wärmer wird. Je nach ihrer Durchlässigkeit (Leinen, Baumwolle, Wolle, gänzlich undurchlässige Stoffe wie die wasserdichte Unterlage) sind demnach die einzelnen Kleidungsstücke zu bewerten. Ueberhitzung durch unzweckmäßige Kleidung und Tod durch Hitzschlag. Feuchte Haut des Säuglings ist stets ein Warnungszeichen! Man achte auf die Beschaffenheit der Haut an Brust und Rücken.

2. Stunde: Sauberhaltung:

Kurze Bemerkungen über Bakterien. Sie setzen sich in den kleinsten Hautfalten fest. Daher sorgsame Entfernung durch Waschen der Hände mit Seife und Bürste vor jeder Hantierung am Säugling. Insbesondere sind die Fingernägel zu schneiden und kurz zu halten. Um Ansteckungen zu vermeiden, darf der Säugling auch nicht auf den Mund geküßt werden, da die eigene Mundhöhle Gefahren birgt. Vorschrift über Sauberhaltung der Mundhöhle und der Zähne. Der Raum, in dem der Säugling sich befindet, muß gründlich gelüftet und täglich feucht aufgewischt werden; auch sonst soll für die Beseitigung des Staubes gesorgt werden. Staub als Infektionsträger.

3. Stunde: Ernährung.

Die Ernährung durch die eigene Mutter ist am vorteilhaftesten. In seltenen Ausnahmefällen kann die Mutter nicht stillen, dann Ernährung mit Kuhmilch. Diese muß sauber gemolken, unmittelbar nach dem Melken geseiht und bis zum Transport kühl gehalten werden. Der Transport selbst soll so schnell wie möglich erfolgen. Gefahren der schnellen Verderbnis der Milch, wenn diese Vorsichtsmaßregeln nicht eingehalten werden. Die ins Haus gebrachte Milch muß besonders in der warmen Jahreszeit gleich nach Empfang

durch den Geschmack geprüft werden. Saure oder sonst verdächtige Milch ist auszuschalten. Der Tagesbedarf für den Säugling ist sofort abzukochen und in einem sauberen Gefäß bedeckt und kühl zu halten. Steht ein kühler Aufbewahrungsraum nicht zur Verfügung, so ist die Milch in kaltes Wasser einzustellen, das mehrmals erneuert wird.

Vorschrift über die häufig im ersten halben Jahre nach ärztlicher Vorschrift zu gebende sog. „ein Drittel Milch".

Der Tagesbedarf, auf 900 g angenommen, wird in der Weise zubereitet, daß zunächst ein Drittel davon, nämlich die 300 g Milch (= 20 Eßlöffel = 19 Strich) in einem Topf aufgekocht und dann kalt gestellt wird. In einem zweiten Topf werden 600 g kaltes Wasser (= 40 Eßlöffel = 28 Strich) gefüllt, dazu 24 g Hafergrütze (= 5 gestrichene Kaffeelöffel). Unter beständigem Umrühren lasse man die Hafergrütze ½ Stunde kochen, das verdunstende Wasser wird zum Schluß durch frisches ersetzt, so daß zum Schluß wieder 600 g vorhanden sind. Die fertige Hafergrütze wird durchgeseiht. Bei jeder Mahlzeit erhält der Säugling 6 Striche Hafergrütze und 2 Striche Milch, dazu ½ Kaffeelöffel Rohrzucker.

4. Stunde: Verschiedenes.

Ernährung in der 2. Hälfte des 1. Lebensjahres. Der Milch kann Grießbrei, gestoßener Zwieback, feiner Kartoffelbrei zugesetzt werden, nach ärztlicher Vorschrift auch Gemüse, dagegen dürfen Eier und Fleisch nicht gegeben werden. Sind Zähnchen da, so darf an einer harten Brotrinde gekaut werden.

Verhalten des Kindes, wenn es schreit. Ein Kind schreit, wenn es Hunger hat, naß liegt, von der Windel oder sonstigen Kleidungsstücken gedrückt wird, durch Insekten (Fliegen, Ungeziefer) belästigt wird, zu warm liegt oder Leibschmerzen hat. Verwöhnte Kinder schreien auch, um getragen zu werden.

Ankündigungen von Krankheiten: Bei sehr vielen Krankheitszuständen werden die Kinder unruhig, teilnahmslos und blaß. Sie atmen schneller, fühlen sich heiß an. Dann ist der Arzt zu holen. Speziell bei Darmkatarrh, einer der gefährlichsten Säuglingskrankheiten, sind die Ausleerungen häufig, dünn und übelriechend. Man setze sofort mit der Milch aus, gebe Fencheltee, hebe eine Windel mit dem Stuhlgang für den Arzt auf, der sofort zu rufen ist.

Eine andere sehr häufige Krankheit sind Krämpfe, die aus den verschiedensten Ursachen entstehen können. Auch in diesen Fällen ist sofort der Arzt zu rufen.

Der praktische Unterricht umfasst folgende Gegenstände:

1. Stunde: Kleidung und Bett des Säuglings.

Alle einschlägigen Gegenstände werden durchgesprochen und gezeigt. Bett: Wäschekorb, ev. Bananenkiste (zu 10 Pfg.), Matratze mit Holzwollfüllung. Gummistücke zum Schutz für Matratze. Kleines Bettuch oder Windel. Kopfkissen mit buntem Bezug; wenn Steckkissen, fällt Kopfkissen fort. Leichte Federdecke mit buntem Bezug, 75 cm lang, 55 breit; oder 2 Wolldecken. Wärmflaschen, statt dieser auch Ziegelstein. Die darum gewickelte Windel wird leicht zu heiß! Mullschleier oder alter Gardinenstoff zum Schutz gegen Fliegen.

Kleidung im 1. bis 3. Monat: Wollwindel, kleines Stück wasserdichten Stoffes, weiße Windel, Hemdchen mit langen Aermeln, gestricktes Jäckchen, Latz oder Spucktuch oder Windel, Steckkissen.

Kleidung: 3. bis 5. Monat: Windelhose, Strampelsack, Strümpfchen Fußgelenkbinden).

Kleidung: 5. Monat bis 1 Jahr: Flanellleibchen, Anknöpfhose, Strumpfhalter, Laufgürtel.

An der Modellpuppe wird das Einkleiden und Auskleiden geübt.

2. Stunde: Das Baden des Säuglings.

Hände mit Seife und Bürste waschen. Zurechtlegen folgender Gegenstände: Holzemaillwanne oder Zinkbadewanne. Alter Stuhl dazu; Seife mit Seifnapf, Waschfleck, Badethermometer; Tisch zum Abtrocknen des Kindes, irgend eine Decke als Unterlage darauf. Wasserdichte Unterlage aus dem

Bett zum Schutz für die Decke, Badetuch darauf. Weiße, saubere Läppchen für Nase, Ohren, Augen. Hemdchen siehe wie oben. Nagelschere, Kamm, Bürste. Puderbüchse mit Talkum.

Waschbecken mit Seife, Handtuch, Nagelreiniger, Handbürste für die Pflegerin. Einlassen des Badewassers, 40 Grad Celsius, Thermometer im Wasser halten, Auskleiden des Säuglings. Saubere Wäsche für die Nacht aufheben. Messen des Badewassers, soll 28 Grad R. oder 35 Grad C. betragen. Hineinlegen des Kindes, Badetuch vorstecken. Dauer des Bades 3 bis 5 Minuten. Abtrocknen: zarte Stellen beachten, Hautfalten trocken tupfen, bei Mädchen Scheide Vorsicht! Pudern: Achselhöhle dünn usw.

Ankleiden: Hemdchen, Jäckchen (am Halse nur lose zuziehen), Wickeln (Beine nicht strecken), Haarfitze! Fingernägel schneiden.

Trockenlegen: Stuhl kalt abwaschen, tupfen, weiche Läppchen, Watte; wunde Stellen mit Rüböl behandeln. Gesicht gegen Sonne schützen.

3. Stunde: Milchnahrung.

2 Töpfe mit Schnauze und Deckel. Vor Gebrauch mit reinem Wasser ausspülen, nach Gebrauch mit Soda reinigen, mit reinem Wasser nachspülen, mit sauberem Tuch abtrocknen, sauber aufbewahren.

Milchflasche: 2 Flaschen, nach Gebrauch sofort mit Wasser ausspülen, dann mit Flaschenbürste in Sodawasser reinigen, mit sauberem Wasser nachspülen, sauber aufbewahren.

Sauger: Mit glühender Nadel feinstes Loch hineinstechen, nach Gebrauch mit reinem Wasser gut ausspülen, einmal am Tage auskochen, in reinem Gefäß zugedeckt stehen lassen.

Als Lutscher nur Sauger ohne Loch zulässig, einmal täglich auskochen.

4. Stunde: Verschiedenes.

Nabelverband nach Escherich; geplätteter, weißer, weicher Stoff.
Schuppenhaube gegen und bei Ungeziefer.
Spielsachen, waschecht und ohne scharfe Kanten.
Inhalieren: Trichter oder Gießkanne.
Schnupfen: Maske, Taschentuch.
Bei Ausschlag Schutz vor Selbstbeschädigung: Pappmanschette.
Schnabelkännchen zum Spülen der Augen, Ohren, dazu weiche, saubere Läppchen oder Watte.

Wie Eingangs erwähnt, wurde der Lehrgang in einem beschleunigten Tempo gehalten. Es handelte sich bei dieser Probe ja auch hauptsächlich nur darum, einen Anhalt darüber zu gewinnen, welche Unterrichtsgegenstände und in welcher Form sie an die Kinder heranzubringen seien, und anderseits, welche etwa als weniger wichtig bei Seite gelassen werden konnten. Hierbei wurde immer als Grundsatz festgehalten, stets die einfachsten Verhältnisse zu berücksichtigen, unter denen die Säuglingspflege bei der minderbemittelten Bevölkerung vor sich geht. Aus diesem Grunde wurde beispielsweise die Säuglingswage von vornherein ganz bei Seite gelassen, ebenso das Fieberthermometer. Beide Gegenstände finden sich im Haushalt einfacher Leute nicht vor und werden auch keinesfalls für die Säuglingspflege angeschafft werden. Bei der Säuglingswäsche wurde auf möglichste Kostenersparnis Rücksicht genommen, ohne daß dabei die Güte der Ware leiden durfte. Das Kinderbett unserer vornehm ausgestatteten modernen Krippen kam natürlich auch nicht in Frage. Das gegebene Säuglingsbett war in unserem Falle ein Wäschekorb, unter Umständen eine Bananenkiste für 10 Pfg., die auch vorgezeigt wurde.

Der Unterricht ergab nun, daß so manche Begriffe, die für unsereinen selbstverständlich sind, wie Sauberkeit der eigenen Person, häufiges und gründliches Waschen der Hände, die Auswahl der Kleidungsstücke für den Säugling mit besonderer Vermeidung der zu warmen Stücke, die Technik des Badens, den Kindern völlig neu waren; indessen eigneten diese sich die nötigen Kenntnisse in kurzer Zeit an. So lernten sie auch ganz von selbst die ihnen übergebenen Leitsätze auswendig; nicht etwa mechanisch, sondern verstandesmäßig, wie sich die immer wiederholte Befragung erwies. Ueberhaupt hat sich ein gewisser Drill als sehr nützlich erwiesen. „Muttermilch ist die beste Nahrung", „Säuglinge auf den Mund zu küssen ist streng verboten", „Feuchte Haut beim Säugling ist ein Warnungszeichen für zu dichte Kleidung". Diese und andere Merkworte haben sich gut eingeprägt und werden hoffentlich für immer sitzen.

Zur weiteren Befestigung ihrer Kenntnisse wurde den Mädchen in einer der letzten Unterrichtsstunden die vorzügliche „Säuglingspflegefibel" von Schwester Antonie Zerwer[1]) in die Hand gegeben. Die eindrucksvollen Abbildungen und der ansprechende Text haben sich den Schülerinnen sofort eingeprägt.

Trotz der kurzen Vorbereitungszeit ging die Prüfung vorzüglich vonstatten. Die Kinder erwiesen sowohl im theoretischen, wie im praktischen Unterricht, daß sie gut aufgepaßt hatten. Der Zweck des Probekursus war demnach erfüllt.

Wenn ich nun meine Meinung darüber äußern soll, wie etwa in Zukunft weitere Lehrgänge dieser Art zu gestalten seien, so halte ich folgende Gesichtspunkte für maßgebend:

1. Der Lehrgang soll möglichst auf 10 Lektionen ausgedehnt werden, die sich in wöchentlicher Pause folgen. Die Dauer von etwa 2 Stunden für jede Lektion kann beibehalten werden. Bei diesem Umfang des Lehrganges kann der gesamte Stoff auch bei 20 Teilnehmerinnen mit Bequemlichkeit durchgenommen werden.

2. Die Teilung des theoretischen von dem praktischen Teil des Unterrichts möchte beibehalten werden, ebenso die Verteilung des Unterrichtes auf Arzt und Schwester. Zwar pflegt bei Säuglingskursen vor Damen höherer Stände häufig die Schwester auch den theoretischen Teil vorzutragen, aber im vorliegenden Fall halte ich doch die Mitwirkung des männlichen Teils für recht wünschenswert und vorteilhaft. Ein Arzt ist für die Mädchen doch eine besondere Autorität; außerdem kann er mehr aus dem vollen Vorrat seiner Kenntnisse schöpfen wie die Schwester. Er wird vermöge seiner medizinischen Vorbildung den Stoff leichter gliedern, das Wesentliche von

[1]) Verlag von J. Springer; Berlin 1912. Einzelpreis: 90 Pfg., bei Mehrbezug billiger.

dem Unwesentlichen trennen, Wichtiges durch besondere Beispiele hervorheben und begreiflich machen können. Stehen ihm später Hilfsmittel zugebote wie Abbildungen, Lichtbilder oder kinematographische Vorführungen, so wird dadurch die Wirkung seines Vortrages noch gesteigert werden. Schließlich ist es für die Zuhörerinnen sicher eine erfrischende Abwechslung, den gesamten, doch recht umfangreichen Lehrstoff nicht von einer, sondern von zwei Lehrkräften zu empfangen. Im übrigen wird jeder in Kinderpraxis erfahrene praktische Arzt, falls er nur über einige rednerische und pädagogische Begabung verfügt, den theoretischen Unterricht übernehmen können. Etwa fehlende Kenntnisse in der Säuglingspflege lassen sich ohne zu große Mühe durch Lektüre geeigneter Schriften ergänzen. Ich empfehle für diesen Zweck u. a.: „Grundriß der Säuglingskunde nebst einem Grundriß der Säuglingsfürsorge" von Dr. St. Engel und Dr. Marie Baum (Wiesbaden; Verlag von Bergmann), ferner Dr. J. Haring „Leitfaden der Krankenpflege in Frage und Antwort" (Berlin 1913; Verlag von J. Springer), sowie den einfach und klar geschriebenen „Leitfaden: Pflege und Ernährung des Säuglings" von Pescatore (Berlin; Verlag von J. Springer).

Den praktischen Unterricht kann nicht jede Schwester übernehmen, die irgendwo und irgendwann einmal einen Säuglingskurs durchgemacht hat. Speziell für diesen Unterricht gehört eine Schwester, die in allen Sätteln gerecht ist. Außer einer gründlichen Vorbildung in Säuglingspflege muß aber auch sie die Gabe besitzen, die Kinder zu fesseln. Mehr noch wie der Arzt soll sie die Schülerinnen erziehen, ihnen neue, bisher fremde Begriffe beibringen. Wieviel dabei die Persönlichkeit des Lehrenden ausmacht, weiß jeder erfahrene Schulmann. Je besser die Lehrerin den Stoff beherrscht, um so leichter wird sie auch auf die Fragen der Kinder eingehen können. Sie wird auch nicht sklavisch an einer eingelernten Schablone bei dem Vortrag kleben, sondern je nach Umständen auch einmal den Stoff umformen und abändern. Der Gedanke liegt nahe, an Schulen, wo Haushaltungslehrerinnen tätig sind, diese für den Unterricht heranzuziehen. Sind sie vollausgebildete Säuglingsschwestern, so steht dem nichts im Wege. Andernfalls aber ist es bedenklich, sie etwa auf Grund eines schnell absolvierten einmaligen Kursus in Säuglingspflege mit dem wichtigen Amt einer Lehrerin in diesem Fache zu betrauen; sie würden nur zu leicht Pfuscherarbeit leisten. Bei dem heutigen schon ziemlich großen Angebot vollausgebildeter Säuglingspflegerinnen dürfte es aber wohl nicht schwer fallen, nach und nach geeignete Kräfte in gewünschter Zahl heranzubilden.

3. Die Kosten des Unterrichtes. Diese fielen bei unserem Lehrgang fast fort, da sowohl die Schwester wie ich selbst den Unterricht im Interesse der Sache kostenlos erteilten. Außerdem wurde uns fast die ganze Ausrüstung geschenkt. Bei Wiederholung wird man natürlich den Unterricht bezahlen

müssen. Man wird dabei mit folgenden Kosten zu rechnen haben:

Einmalige Ausgaben: Ausrüstungsgegenstände: Modellpuppe, Säuglingswäsche, Badewanne, Wäschekorb, Waschgegenstände, Spielsachen usw., zusammen etwa 40 bis 50 Mark.

Dauernde Ausgaben: Miete fällt weg, wenn der Unterricht, wie es wohl meist der Fall sein wird, in einem Schulzimmer oder Lehrküche stattfindet. Honorar des Arztes: 10maliger Vortrag, Dauer bis zu einer halben Stunde je 3 bis 5 Mark. Honorar der Schwester: 10malige Unterweisung jedesmal gegen 2 Stunden: ca. 30 Mark. Die Kosten würden billiger, wenn die Schwester für einen größeren Verband angestellt wird und mehrere Kurse zu leiten hat. Bei Parallelkursen könnte auch der Vortrag des Arztes dadurch billiger werden, daß er jedesmal vor den Teilnehmerinnen mehrerer Kurse gehalten wird.

Je nach den örtlichen Umständen wird der Lehrgang wohl recht verschieden eingerichtet werden müssen. Das wird schon durch die Verschiedenheiten von Stadt und Land bedingt. Immerhin wird man die obigen Vorschläge zugrunde legen können.

Noch auf zwei Dinge von grundsätzlicher Bedeutung möchte ich zum Schluß aufmerksam machen. Da, wo Lehrküchen bestehen, empfiehlt es sich, Rezepte für Säuglingsernährung in deren Lehrgang einzufügen. Natürlich sollen die Vorschriften hierfür auch bei unserem Kurs nicht fehlen. Die Kinder sollen also über die „Ein Drittel“ Milch, Liebig-Suppe und andere Ernährungsformen belehrt werden. Aber die Herstellung dieser Rezepte würde bei 20 Teilnehmerinnen nicht für jede durchzuführen sein. In der Kochschule könnten sie aber alle an die Reihe kommen. Ferner hat sich die Anfertigung billiger und zweckmäßiger Säuglingswäsche als recht notwendig herausgestellt. Auch dieses kann nicht für jedes Kind in einem 10stündigen Kurs praktisch geübt werden. Deshalb wird man diesen Teil besser an den Handfertigungsunterricht angliedern.

Wer soll schließlich der Träger des Lehrgangs sein? Am einfachsten und billigsten doch wohl die Schulgemeinde selbst; sie hat ja auch den größten Vorteil davon. Kein anderer in der Schule gelehrter Gegenstand zieht wohl solchen unmittelbaren Nutzen nach sich. Mehrfach wurde hervorgehoben, daß die Kinder das Gelernte sofort bei ihren kleineren Geschwistern anwenden können; der Nutzen zeigt sich aber auch nach einer anderen Seite. Sehr viele Mädchen gehen unmittelbar nach der Schule in Dienststellen, wo sie kleine Kinder zu warten haben. Auch da können sie ohne weiteres ihre Kenntnisse verwerten. Vielleicht werden mit der Zeit solche vorgebildete Mädchen recht gesucht und dementsprechend bezahlt werden.

Die Vorstände der Schulgemeinden werden deshalb in erster Linie mit dieser Frage befaßt werden. Ich glaube mich nicht darin zu täuschen, daß sie der Sache freundlich gegenüberstehen, wenn man sie ihnen nur in der richtigen Weise begreiflich macht. Von großem Wert wären natürlich Zuwen-

dungen von privater Seite, sei es durch Schenkungen oder durch dauernde finanzielle Beihilfen gemeinnütziger Vereine.

Ich habe den Eindruck, daß hier ein dankbares Feld für die Tätigkeit der Medizinalbeamten vorliegt; deshalb es sollte mich freuen, wenn mein Beispiel Nachahmung findet.

Ein Fall von Fetischismus.

Von Med.-Rat Dr. **Keferstein**, Gerichtsarzt in Magdeburg.

Fetischismus nennt man die Erscheinung, bei der Wollustgefühle durch einzelne Körperteile oder bestimmte Kleidungsstücke ausgelöst werden. Einen derartigen Fall möchte ich hier mitteilen, den ich als Gerichtsarzt zu begutachten hatte wegen Unterschlagung und Betruges. Der Beschuldigte war in die Wohnung eines Kapellmeisters gekommen und hatte hier einen falschen Namen genannt und angegeben, er sei Mitglied eines dem Kapellmeister bekannten Gesangvereins; dieser Verein habe ein Vergnügen, mit dem eine Aufführung verbunden sei, hierzu brauche er einige bunte Studenten-Mützen. Der Kapellmeister hatte einen Sohn, der das Seminar besuchte, wo die Seminaristen farbige Mützen tragen. Er besorgte deshalb durch seinen Sohn 6 Mützen verschiedener Farbe im Werte von etwa 18 Mark. Diese Mützen wurden abgeholt. Nachträglich erfuhr der Kapellmeister, daß alle diese Angaben falsch waren; der angegebene Verein hatte gar kein Vergnügen, und der betreffende Mann führte einen ganz anderen Namen.

Bei seiner polizeilichen Vernehmung gab der Beschuldigte die Beschuldigungen zu und fügte hinzu, daß er seit 10 Jahren Schüler- und Studentenmützen sammle; es sei das eine Leidenschaft von ihm. Er versicherte, daß er bisher derartige Schwindeleien nicht ausgeführt hätte, sondern daß er seine Mützensammlung ehrlich erworben habe. Durch die polizeiliche Haussuchung wurden bei ihm 154 Stück Mützen aufgefunden, die er alle sorgfältig verpackt hatte; es waren getragene Schüler- und Studentenmützen aus Tuch und Samt, in den verschiedensten Farben. Bei der Polizei machte der Beschuldigte den Eindruck eines nervösen Menschen: „Es dürfte seinen Angaben, daß er Mützen sammle, und daß dies eine Manie von ihm sei, Glauben zu schenken sein. Weitere Betrügereien sind nicht zur Kenntnis der Polizei gekommen.“

Bei seiner gerichtlichen Vernehmung erkannte er seine polizeilichen Angaben als wahr an und setzte hinzu, daß er anscheinend ein Opfer seiner Sammelwut geworden sei. Auch auf den Amtsrichter machte der Beschuldigte den Eindruck eines geistig nicht normalen Menschen; außerdem fiel ein ständiges fieberhaftes Zucken seiner Finger auf.

Der Beschuldigte wurde nunmehr gerichtsärztlich untersucht und beobachtet; auch wurden Erkundigungen über ihn bei seiner Wirtin eingezogen. Diese stellte ihm das beste Zeugnis aus; er sei fleißig, im Bezahlen pünktlich und betrage sich

vollkommen anständig, nur sei er sehr verschlossen, und hielt sich ganz für sich. Auch die Wirtin hatte seine Leidenschaft für die bunten Mützen beobachtet. Wenn er freie Zeit hätte, beschäftigte er sich mit seiner Mützensammlung. Schadhafte Mützen bessere er aus, das schlechte Futter trenne er heraus und erneuere es; er habe auch ein besonderes Bügeleisen, mit dem er die Mützen aufbügele. Er mache das alles ziemlich heimlich und habe nicht gern, wenn man ihn beobachte; er habe deshalb auch die Schlüssellöcher seines Zimmers verstopft, damit niemand hineinsehen könne, wenn er sich mit seinen Mützen beschäftige. Sie (die Wirtin) habe nur zufällig diese seine Beschäftigung mit den Mützen bemerkt; daß er eine so große Sammlung habe, habe sie erst in Erfahrung gebracht, als die polizeiliche Haussuchung stattgefunden habe.

Ueber den bisherigen Lebenslauf des Beschuldigten ist folgendes erwähnenswert:

Sein Vater ist Schuhmacher, dem Trunke ergeben gewesen und mit 56 Jahren an einem Lungenleiden gestorben. Die Mutter ist lange Jahre durch Gicht gelähmt gewesen und mit 71 Jahren an den Folgen dieser Krankheit verstorben. Fünf Brüder und eine Schwester sollen alle körperlich und geistig gesund sein, dagegen sein Großvater geistesschwach gewesen und eine Schwester seiner Mutter durch Selbstmord geendet sein. Er selbst ist zur Volksschule gegangen und ein guter Schüler gewesen; er hat die erste Klasse erreicht. Nach der Schulentlassung ist er Tapeziererlehrling gewesen und hat drei Jahre bei dem ersten Meister gelernt, wo er schlecht behandelt und im Essen wie Trinken sehr knapp gehalten wurde. Das vierte Jahr hat er daher bei einem zweiten Meister gelernt. Nachdem er Gehilfe geworden, ist er in verschiedenen Stellungen tätig gewesen; als Soldat hat er wegen hochgradiger Kurzsichtigkeit nicht gedient. Die tatsächlich vorhandene Kurzsichtigkeit hat er als Kind erworben infolge skrophulöser Augeneiterung. Im Jahre 1896 hat sich der Beschuldigte, der damals 28 Jahre alt war, mit einem drei Jahre jüngeren Mädchen verheiratet; die Ehe blieb kinderlos. 1897 hat er sich selbständig gemacht und will sehr fleißig gewesen sein, doch sei ihm immer das Geld knapp gewesen, weil seine Frau nicht sparsam gewesen sei und gern viel Geld ausgegeben habe. Dabei habe seine Frau die Eigentümlichkeit gehabt, stets nur ihre Verwandten einzuladen, um mit diesen zu verkehren, während sie seine Verwandten nicht haben wollte. Er gibt auch zu, daß seine Frau in geschlechtlicher Beziehung öfter Verlangen an ihn gestellt habe, die er nicht erfüllen konnte, da er eine kalte Natur sei. Das habe zu Mißhelligkeiten in der Ehe geführt. Seine Frau habe ihn möglichst schlecht behandelt; besonders in letzter Zeit sei es häufig zu Streitigkeiten gekommen. So habe er sich einmal hinreißen lassen, nach zehnjähriger Ehe seine Frau zu mißhandeln. Seit der Zeit haben die Ehegatten getrennt gelebt. Durch diese Aufregungen will er nervenkrank geworden sein; auf Anraten des Arztes habe er 1906 sein Haus und Geschäft verkauft. Er habe dann Stellungen als Dekorateur gefunden. Nach der Trennung von seiner Ehefrau habe er angefangen, Mützen zu sammeln. Kurz vorher habe er einen Unfall gehabt; er sei 6 m hoch von einer Mauer gestürzt und habe sich damals eine Verstauchung der Hacken an beiden Füßen zugezogen, doch sei er auch dabei hingefallen und mit dem Kopf aufgeschlagen. Er sei damals etwa 6 Wochen krank gewesen. Nach seiner Wiederherstellung sei er zufällig zu seinem Vergnügen in eine Schaustellung eines Hypnotiseurs gekommen; die Sache habe ihn interessiert; er habe sich auch freiwillig als Medium gemeldet. Was mit ihm damals weiter geschehen sei, könne er nicht angeben, weil er, wie im tiefen Traum gehandelt habe; er wisse nur, daß er den Auftrag gehabt habe, jungen Leuten die Hüte und Mützen vom Kopf zu nehmen. Es sei ihm später erzählt worden, daß er ein sehr gutes Medium gewesen sei. Nach dieser hypnotischen Sitzung sei er 8 Tage lang mit Kopfschmerzen behaftet und unlustig zur Arbeit

gewesen. Seit der Zeit soll nach seiner Angabe sein Sammeltrieb für die Mützen entstanden sein. Wenn er eine bunte Mütze sehe, die er in seiner Sammlung noch nicht habe, habe er eine Gier, die Mütze zu besitzen. Wenn er dann die Mütze habe, so beruhigten sich seine Nerven; wenn er seine Mützensammlung mustere, überkäme ihn eine geistige Ruhe.

Nach eingehenden Fragen gab der Beschuldigte zu, daß die bunten Mützen ihn geschlechtlich aufregten, und daß er bei Besichtigung der Mützen eine geschlechtliche Befriedigung habe. Sein männliches Glied würde ihm steif und es erfolgte auch öfter Samenerguß, jedoch nicht immer. Das Zucken im Körper, wovon der Amtsrichter auch schon einen Vermerk gemacht hatte, stelle sich bei ihm bei jeder Aufregung ein, besonders aber, wenn er eine bunte Mütze sehe, die er noch nicht besäße, und wenn er sie sich nicht verschaffen könne, so sehe er diese bunte Mütze immer vor Augen; er träume auch des nachts davon. Er gab weiter an, daß er nach Trennung seiner Ehe eine besondere Neigung zu Frauen nicht habe, er könne den geschlechtlichen Verkehr ganz meiden; er habe seit 1906, wo er sich von seiner Frau trennte, nur zweimal geschlechtlichen Verkehr gehabt, das wäre in der ersten Zeit gewesen; seit Jahren habe er solchen Verkehr nicht mehr aufgesucht. Er hielte sich ganz für sich und habe möglichst wenig Verkehr. Er fühle sich vollkommen befriedigt, wenn er sich mit seiner Mützensammlung beschäftigen könne.

Der Beschuldigte hatte somit die bunten Mützen, die er sich durch falsche Angaben verschafft hatte, widerrechtlich behalten, aber jedenfalls hierbei im unwiderstehlichen Drange, aus seinem widernatürlichem Geschlechtstrieb heraus, gehandelt. Sein ganzes bisheriges Leben spricht auch dafür, daß er mit einem widernatürlichen Geschlechtstrieb behaftet ist; seine kinderlose Ehe, das Eingeständnis, daß er seine Ehefrau öfter nicht geschlechtlich befriedigen konnte, die Trennung von seiner Ehefrau, sein jetziger fehlender Geschlechtstrieb, sein verschlossenes Wesen, sein heimliches Beschäftigen mit den geliebten bunten Mützen, alles beweist, daß ein Fall von Fetischismus vorliegt. Da somit die Annahme begründet ist, daß der Beschuldigte bei dem jetzigen ihm zur Last gelegten Betrug aus einem unwiderstehlichen Drange heraus gehandelt hat, so hat er auch im Zustand einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit gehandelt, durch den seine freie Willensbestimmung im Sinne des § 51 Str.G.B. ausgeschlossen war.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

Soziale Hygiene.

Die Frage des Geburtenrückganges. Vortrag, gehalten am 27. November 1913 in der Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik. Von Prof. Dr. Arthur Schloßmann-Düsseldorf. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1914, Nr. 6 und 7.

In dem sehr lesenswerten Vortrage erwähnt Sch. u. a. folgendes: Zwischen Sterblichkeit und Geburtenzahl besteht ein doppelter Zusammenhang. Auf eine erhöhte Sterblichkeit reagiert die Gesamtheit eines Volkes mit einer erhöhten Geburtenzahl. Umgekehrt, bei einer Geburtenhäufigkeit steigt die Sterblichkeit.

Auch die interessante Frage des Gebärstreikes schneidet Vortragender an und sagt ganz richtig: Diese Drohung im Munde der sozialdemokratischen Agitatoren sei eine leere Drohung, denn gerade die Sozialdemokratie brauche doch eine Vermehrung der Massen. Sch. glaubt, daß hier nur der in sozialdemokratischen Kreisen ebenfalls vorhandene Wunsch nach Kindereinschränkung

umgedeutet werde, als ob es sich um ein Parteigebot handele. Es sei richtig, daß die willkürliche Einschränkung der Kinderzahl in den sozial höher stehenden Klassen am meisten üblich und gebräuchlich sei, und wenn wir nicht mehr in der Lage wären, unsere Menschenmassen aus uns herauszumehren, so beginnt der wirtschaftliche und politische Niedergang.

Der Grund für das Zurückgehen der Geburtenzahl liegt nicht etwa in einer Abnahme der Zeugungsfähigkeit, sondern es handele sich um einen gewollten Vorgang. Es bestehe eben ein Gegensatz zwischen Staatsinteresse und dem Interesse des einzelnen. Das Wachstum an schaffenden Kräften sei für den Staat von Bedeutung, aber für den Familienvater mehrten sich mit jedem Kinde die Sorgen. Die Kinder würden jetzt viel später produktiv als früher. Früher durfte das Kind arbeiten; ein zehnjähriges Kind auf dem Lande verdiente schon sein Brot, während jetzt u. a. durch Ausbau der Fortbildungsschulen, Verschärfung der Schutzbestimmungen für Jugendliche usw. der Zeitpunkt, wo der Mensch produktiv werde, immer mehr in höhere Lebensalter hinaufgerückt sei. Ferner trete das Kind im allgemeinen zeitiger aus der Familienproduktions-Gemeinschaft heraus; endlich koste auch das Aufziehen der Kinder viel mehr als früher. Hierauf eingehend, erwähnt Vortragender, daß die Bevölkerung heute viel stärker fluktuiert, daß z. B. der ausgediente Soldat viel seltener in die Familie zurückkehrt. Die große Mehrzahl der Menschen ist zu Mietsbewohnern herabgesunken; mit dem Verluste der Bodenständigkeit ist aber ein Verlust an Familienzusammengehörigkeit verknüpft. Wegen der Teuerung kommen die Beamten viel zu spät zur Ehe. Ein Arbeiter kann mit 23 Jahren bereits auf der Höhe seiner Produktivität stehen und somit eine Familie gründen; allerdings läßt er dann auch meist schon mit 40 oder 45 Jahren in der Produktivität nach.

In der Erhöhung der Kosten für die Lebenshaltung ist der Hauptgrund des Geburtenrückganges zu sehen. Wir müssen deshalb als oberstes Gesetz unserer gesamten Politik betrachten die Aufgabe, uns mit billigeren Nahrungsmitteln zu versorgen.

Daß heute weniger Schnaps, überhaupt weniger Alkohol von der großen Menge genossen wird, ist sicher. Es ist dies ein Kulturfortschritt, aber mit diesem Fortschritt hat sich auch die Kindereinschränkung in den Arbeiterkreisen mehr verbreitet. Der Alkoholgenuß lähmt die Energie und die Entschlußfähigkeit. Der alkoholisierte Arbeiter wird seine Absicht, keine Kinder zu zeugen und Vorsichtsmaßregeln anzuwenden, häufig außer Acht lassen, während der nüchterne Mann auch in diesem Momente Herr seines Willens bleibt.

Hilfe wird erwartet von den beiden mächtigen und großen P. P., die immer bei einer Bedrängnis des Staates helfen sollen, nämlich der Pastor und die Polizei. Daß die Einwirkung des Geistlichen etwas leisten kann, ist sicher, aber dieser Einfluß wird nicht ausreichen, denn je häufiger der Hinweis auf das Sündige, desto häufiger wird eine Reflexion über Vorteile und Nachteile des Kinderreichtums ausgelöst. Nicht in der Ermahnung der Eheleute, sondern in der Erziehung der Jugend ist ein Hilfsmittel zu sehen. Die Jugend muß, ehe sie überhaupt an sexuelle Dinge denkt, in der Idee erzogen sein, daß wir ein großes Volk werden müssen; diese Zukunftsaufgabe muß in die jugendlichen Köpfe hinein.

Auch von der polizeilichen Hilfe ist wenig zu hoffen. Wird der Verkauf z. B. von Präservativmitteln polizeilich eingeschränkt, dann wird sicher die Zahl der Abortivmittel usw. größer. Eigenartig ist auch, daß zu gleicher Zeit durch namhafte Hygieniker die Präservativmittel im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten empfohlen werden, während ihr Gebrauch als im Interesse des Geburtenrückganges bekämpft wird.

Wir müssen die widerstrebenden Interessen des Einzelnen mit denen des Staates auszugleichen suchen, wenn wir helfen wollen. Nicht etwa, daß die Kinder durch den Staat auf Staatskosten erzogen würden, also Sprengung des Familienbandes, nein, der Familiennexus muß zu einem möglichst festen gemacht werden; aber die Lasten des kinderreichen Familienvaters müssen auf die Schultern der Gesamtheit geladen werden, der ja dieser Menschenreichtum zugute kommt. Es ist nicht richtig, daß der Kinderlose für dieselbe Arbeit dasselbe Geld erhält wie der Vater einer

zehnköpfigen Familie. Hier müßte eine soziale Versicherung dem kinderreichen Familienvater eine Aufbesserung seiner Familieneinkünfte gewährleisten.

Die Besteuerung müßte eine andere werden, denn jetzt setzt der Staat durch seine Gesetzgebung geradezu eine Prämie auf das Konkubinat; z. B. ein Mann verdient 1500 M., zahlt hiervon 16,50 M. Steuern. Seine Geliebte, mit der er zusammenlebt, verdient 925 M. und zahlt 6,20 M. Steuern; zusammen zahlen also beide 22,90 M. Heiraten sie sich, und das Einkommen bleibt bei beiden gleich, so haben sie ein Einkommen von 2425 M. und müssen zusammen 40,20 M. Steuern zahlen. Selbstverständlich muß aus der Gesamtheit der Steuern der gleiche Ertrag wie bisher erzielt werden, aber es muß nicht auf Grund des Einkommens, sondern auf Grund des Kopfanteils der Steuer-Quotient festgesetzt werden. Es ist also ein Einkommen von 1500 M. anders zu besteuern, wenn es ein Einzelner hat, als wenn eine Familie von sechs Köpfen davon leben muß. Was jetzt heutzutage als Steuerermäßigung, als sogenanntes Kinderprivileg gilt, ist nur ein Tropfen auf den heißen Stein; z. B. ein Arbeiter mit 1800 M. Einkommen zahlt, wenn er Frau und Kinder hat, 16,80 M. Steuern. Hat er acht Kinder, so zahlt er 9,40 M., also 7,40 M. weniger als ein anderer, der vielleicht vier Kinder hat. Vergleicht man diese Vergünstigung von 7,40 M. mit dem, was vier Kinder zu erziehen und zu erhalten kosten, so ergibt sich alles andere von selbst.

Auch die neue Reichsversicherungsordnung nimmt keine Rücksicht in dieser Richtung. Sie macht keinen Unterschied zwischen kinderreichen und kinderarmen Leuten. Ebenso muß die Festsetzung des Krankengeldes eine andere werden; hier müssen ebenfalls Unterschiede zwischen den Häuptern großer und kleiner Familien gemacht werden. Der kinderreiche Familienvater muß einen Vorzug genießen vor den kinderarmen oder kinderlosen, sowohl beim Arbeitsnachweis, als auch beim Vergeben von Dienstwohnungen usw. Dem kinderreichen Vater muß immer wieder zum Bewußtsein kommen, daß den Lasten, die er durch Aufzucht einer großen Kinderzahl auf sich genommen hat, auch entsprechende Vorteile gegenüberstehen.

Unser öffentliches Leben muß auf die Bevorzugung derjenigen, die in ihrem Familienkreise für die Allgemeinheit zukünftige Staatsbürger heranziehen, zugeschnitten werden. Können wir uns hierzu nicht aufschwingen, so werden wir mit einer Fortentwickelung des Deutschen Volkes nicht rechnen können. Man muß den Mut haben, an die Zukunft seiner Nation zu glauben. Staatshilfe für die Kinderreichen ist nötig in dem Sinne, als ob der Staat diese Kinder den eigenen Eltern in Pflege gegeben hätte.

Wer zu spät zu kurieren beginnt, der verlängert wohl dem Sterbenden seine Leiden, macht aber keinen Kranken gesund.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Die Frau in der Landwirtschaft. Von Dr. Karl Müller. Soziale Tagesfragen; 43. Heft. Volksvereins-Verlag. M.-Gladbach 1913. Gr. 8°, 64 S., Preis: 80 Pfg.

Die Arbeit, die auf zuverlässigen statistischen Grundlagen beruht, ist auch für den Arzt von großem Interesse. Von ärztlichen Schriftstellern wurden berücksichtigt die Arbeiten von Prinzing, insofern sie sich auf die Kindersterblichkeit in Stadt und Land beziehen, von Hillenberg, dessen Aufsatz über die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit auf dem Lande (diese Zeitschrift; 1909, S. 264) erwähnt ist, und das Werk von Bernstein: „Die Berufskrankheiten der Land- und Forstarbeiter." Aus statistischen Belegen schließt der Autor, daß Beruf und Mutterschaft sich in der Landwirtschaft viel leichter vereinbaren lassen, als in der Industrie und im Handel und Verkehr. Die Landflucht erfaßt die landwirtschaftlichen Arbeiterinnen später und weniger stark, als die männlichen Arbeiter. Trotzdem hat die Bauersfrau durch die Landflucht der Landmädchen, die durch den Industrieaufschwung erleichtert wird, viel zu leiden. Immerhin werden die Gefahren, die die Ueberarbeitung bietet, für die Frau, die in der eigenen Wirtschaft arbeitet, nicht so groß sein, wie für die Lohnarbeiterinnen, weil die Feld- und Stallarbeit immer mit der Hausarbeit abwechselt. Die Hebung der Frau auf dem Lande ist nur zu erreichen durch eine planvolle Erziehungsarbeit an der weiblichen Landjugend.

Der Autor gibt die Lehrpläne der ländlichen Haushaltungsschule in

Espe i. W., die ebenso wie ähnliche Anstalten, nur für die Töchter der größeren Bauern als Lehranstalt dienen kann, spricht über die Haushaltungswanderschulen und die Aufgaben, die der Volksschule der Zukunft harren, falls sie die Mädchen mit dem Aufgabenkreis des künftigen Berufes vertraut machen will.

Bei der Berücksichtigung, die der Min.-Erlaß vom 30. April 1913 für die schulentlassene weibliche Jugend verlangt — er betont die Mittel, die eine bessere Würdigung des Berufes einer Hausfrau und Mutter herbeiführen und die für diesen erforderlichen Eigenschaften und Fertigkeiten ausbilden und steigern helfen sollen —, ist ein Studium der vorliegenden Schrift besonders zu empfehlen. Dr. Mayer-Simmern.

Tagesnachrichten.

Ehrentafel:[1]) Es haben erhalten: Das **Eiserne Kreuz I. Klasse:** Stabsarzt d. Res. Dr. A. Bauer-Rothenfelde (Reg.-Bez. Osnabrück) und Oberstabs- und Divisionsarzt Dr. Rud. Spoerel in Saarburg (Lothringen).

Das **Eiserne Kreuz II. Klasse:** Stabsarzt Dr. Fritz de Ahna-Potsdam, Stabsarzt d. L. Dr. Leopold Alkan-Berlin, Oberarzt d. Res. Dr. Ambos-Suderwich (Reg.-Bez. Münster), Stabsarzt d. Res. Dr. Anschütz-Ribnitz in Mecklenburg, Stabsarzt d. Res. Dr. Ernst Apolant-Berlin.

Stabsarzt d. R. Dr. Bach-Lahr i. Baden, Stabsarzt d. L. Dr. Bamberger-Charlottenburg, Stabsarzt d. Res. Dr. Barkow-Hamburg, Stabsarzt d. Res. Med.-Rat Dr. **Barth,** Kreisarzt in Bassum (Hannover), Oberarzt d. Landw. Dr. Bartholomäus-Dresden, Stabsarzt d. Res. Dr. Bartenstein-Freiburg i. Br., Oberarzt d. Res. Dr. Friedr. Baum-Arnstadt i. Thüringen, Oberarzt d. Res. Dr. Baumstark-Karlsruhe, Oberarzt der Res. Dr. M. Behrend-Frauendorf i. Pommern, Ass.-Arzt Walter Behrend-Lyck, Stabsarzt d. Res. Dr. Bellmann-Bärenstein (Kgr. Sachsen), Oberstabsarzt d. L. Dr. Bennecke-Dresden, Stabsarzt Dr. Benischek-Koblenz, Stabsarzt d. Res. Dr. Berger-Schleswig, Oberarzt d. Res. Dr. Bernhard-Dunningen (Württemberg), Oberarzt d. Res Dr. Georg Bernhardt-Friedrichshain b. Berlin, Stabsarzt d. Res. Dr. **Bernstein**-Mülhausen i. Thür., Ass.-Arzt d. R. Dr. Erich Bertram-Niederorschel (Reg.-Bez. Erfurt), Assistenzarzt Dr. Rudolf Beyer-Neumünster (Holstein), Stabsarzt d. Res. Dr. **Birnbacher,** Kreisarzt in Danzig, Unterarzt Hans Blümener, Oberarzt d. Res. Dr. Walther Blumenthal-Berlin, Stabsarzt d. L. Dr. Bock-Müllheim i. Baden, Oberarzt d. Res. Dr. Erich Boehne-Wilmersdorf, Stabsarzt d. L. Dr. Boley-Berlin, Oberarzt d. Res. Dr. August Bolzano-Würzburg, Oberarzt d. Res. Dr. W. Boer-Sondershausen, Oberstabsarzt Dr. Bötticher-Lahr i. Baden, Stabsarzt Dr. Bormann-Weimar, Stabsarzt d. Res. Dr. Hans Braun-Berlin, Stabsarzt Dr. Braun-Kolberg, Stabsarzt d. R. Dr. Braune-Herborn (Reg.-Bez. Wiesbaden), Stabsarzt d. Res. Dr. Breidenbach-Volmarstein (Westfalen), Unterarzt d. Res. Dr. Brikenfeld-Wriezen, Stabsarzt d. Res. Dr. **Bremme,** Bezirksarzt in Stollberg (Sachsen), Oberstabsarzt Dr. Brigel-Stuttgart, Stabsarzt d. Res. Dr. Erich Bruck-Breslau, Stabsarzt d. Res. Dr. Buchmann-Dresden, Stabsarzt Dr. Bülau-Zwickau, Stabsarzt d. Res. Dr. Burger-Endingen i. Baden, Oberarzt d. Res. Dr. Hans Buschmann-Bassum (Hannover), Stabsarzt d. Res. Dr. Hans Butter-Dresden, Oberarzt d. R. Dr. Buttermann-Spandau, Stabsarzt d. Res. Dr. Butzke-Magdeburg.

Ass.-Arzt d. Res. Dr. Felix Caro, Stabsarzt d. Res. Wilhelm Caro-Berlin, Oberarzt d. Res. Dr. Ceelen, Privatdozent in Berlin.

Stabsarzt Dr. Dannenberg-Köslin, Stabsarzt d. Res. Dr. Davidsohn-Berlin, Stabsarzt d. L. Dr. Dörrie-Hannover, Stabsarzt d. Res. Dr. Dreising-Frankfurt a. O., Stabsarzt d. Res. Dr. Duerdoth-Insterburg.

Ass.-Arzt Dr. Walter Ebert-Kamenz, Oberstabsarzt Dr. Eggel-Freiburg i. Br., Felduntерarzt Eiben-Hannover, Stabsarzt d. Res. Dr. Eller-

[1]) Die Namen der Medizinalbeamten und der sonstigen Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamtenvereins sind fett gedruckt.

Grünstadt i. Pf., Stabsarzt d. Res. Dr. Max Endlich-Erlangen, Stabsarzt d. Res. Dr. W. Engelmann-Bad Kreuznach, Stabsarzt Dr. Walter Enke-Chemnitz, Oberstabsarzt Dr. Esselbrügge-Cöln, Stabsarzt d. L. Dr. Ettel-Mülhausen i. Thür.

Stabsarzt d. Res. Dr. Femmer-Staßfurt (Reg.-Bez. Magdeburg), Oberstabsarzt d. L. Dr. Fiserius-Berchtesgarden, Stabsarzt d. Res. Dr. Flörsheim-Berlin, Stabs-arzt d. L. Dr. Adolf Frank-Briesen i. Mark, Stabsarzt d. R. Prof. Dr. Frese-Halle a. S., Oberarzt d. Res. Dr. Freytag-Leipzig, Oberarzt d. Res. Dr. Friedländer-Goldap, Stabsarzt d. Res. Dr. Erich Fritze-Dresden, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Frost-Charlottenburg.

Stabsarzt d. Res. Dr. v. Gaessler-Hagen i. Westf., Stabsarzt Dr. Geibel-Eisenach, Oberarzt d. Res. Dr. Geldner-Breslau, Oberstabsarzt Dr. Glatzel-Kolberg, Oberarzt d. L. Dr. B. Glaserfeld-Berlin, Oberstabsarzt Dr. Grabow, Oberarzt d. Res. Dr. Graff-Hamm, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Günter-Höchstadt a. Aisch, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Gumprich-Karlsruhe, Oberstabsarzt Dr. Gunderloch-Stralsund.

Stabsarzt Dr. Hager-Gotha, Oberarzt Dr. Halbe-Breslau, Oberarzt d. R. Dr. Haller-Breslau, Stabsarzt Dr. Hasemann-Forbach, Stabsarzt d. Res. Gerichtsarzt Dr. Hänsel-Chemnitz, Oberstabsarzt Dr. Hasenkopf-Straßburg i. Els., Stabsarzt d. Res. Dr. Haverkamp (15. Inf.-Regt.), Oberarzt d. Res. Dr. Walter Heise-Berlin, Oberarzt d. Res. Dr. Hertsch-Belgern a. Elbe, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Herschner-Berlin, Ass.-Arzt d. Rers. Dr Hesselt-Gelsenkirchen, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Hey-Straßburg, Oberarzt d. Res. Dr. Hilgers-Leipzig, Oberarzt d. Res. Dr. Wilhelm Hintze-Oberfrohna, (Königr. Sachsen), Oberstabsarzt Dr. Hirsch-Bamberg, Stabsarzt Dr. Hochheim-Gotha, Oberarzt Dr. Hoene-Mainz, Ass.-Arzt Dr. Holzhausen-Erfurt, Feldunterarzt Dr. Hopkes-Landschaftspolder (Ostfriesland), Ass.-Arzt d. Res. Dr. Fridolin Hug-Marktzeuln (Oberfranken), Oberarzt d. Res. Dr. Hundhausen-Eiserfeld (Reg.-Bez. Arnsberg).

Oberarzt d. Res. Dr. Jacobius-Charlottenburg, Stabsarzt Dr. Jacobssohn-Erfurt, Oberarzt d. Res. Dr. Jacoby-Berlin, Oberarzt Dr. Jaeger-Ulm, Stabsarzt Dr. Jahn-Rastatt, Stabsarzt Dr. Jüttner-Saarbrücken.

Stabsarzt d. Res. Dr. Kahle, Kreisarzt in Aurich, Stabsarzt Dr. v. Kanitz-Marburg, Stabsarzt d. Res. Dr. Karl-Breslau, Oberstabsarzt Dr. Kern-Neisse, Stabsarzt d. Res. Dr. Ketterer-Peterstal i. Baden, Stabsarzt d. Res. Dr. Otto Klengel-Dresden, Oberstabsarzt Dr. Kob-Königsberg i. Pr., Ass.-Arzt d. Res. Dr. Arno Klopfer-Löbenstein i. Thür., Oberarzt d. Res. Dr. Klostermann-Mannheim, Stabsarzt Dr. Koebisch-Obernigk (Posen), Ass.-Arzt d. Res. Dr. Wilh. Koehne-Hannover, Ass.-Arzt Dr. Kohlschneider-Berlin, Oberstabsarzt d. Res. Prof. Willy Kolle-Bern, Unterarzt d. Res. Dr. Walter Korthano-Charlottenburg, Stabsarzt d. L. Dr. Krop-Barntrup (Lippe), Stabsarzt d. Res. Dr. Küchler-Ilmenau, Oberstabsarzt Dr. Krulle-Brandenburg, Ass.-Arzt d. R. Dr. Krvotzek-Oppeln, Stabsarzt d. Res. Dr. Fritz Langerbach-Neckargemünd (Baden), Stabsarzt d. L. Dr. Langheld-Ehrenbreitstein am Rhein, Stabsarzt d. Res. Dr. Laserstein-Berlin, Stabsarzt d. R. Dr. Bruno Lehmann-Halle a. S., Stabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Liebenow-Offenbach a. M., Stabsarzt Dr. Lincke-Berlin, Feldunterarzt Dr. Georg Link-Offenbach i. Baden, Oberstabsarzt d. Res. Dr. Locher-Konstanz, Unterarzt Dr. Max London-Berlin.

Oberarzt d. Res. Dr. Siegfried Maaß-Leipzig, Oberstabsarzt Dr. Magnus-Bromberg, Oberarzt d. Res. Dr. Mahr-Pfafferode b. Mühlhausen i. Thür., Stabsarzt Dr. Mattick-Berlin, Stabsarzt d. Res. und Reg.-Arzt Med.-Rat Dr. Matzdorff, Kreisarzt in Schmalkalden, Ass.-Arzt Dr. Mayer-Bern, Stabsarzt d. Res. Dr. Mayers-Wilmersdorf, Stabsarzt Dr. Metzner-Glogau, Stabsarzt d. L. Dr. Meyerhoff-Wilhelmshaven, Stabsarzt d. Res. Dr. Meyer-Salzuflen (Lippe), Oberarzt d. Res. Dr. Willi Meisner-Berlin, Stabsarzt d. L. Dr. Mennicke-Pforzheim i. Baden, Stabsarzt Dr. H. Meckley-Schöneberg, Oberarzt d. Res. Missmahl-Riedlingen i. Württemberg, Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Möllers-Straßburg i. Els., Stabsarzt d. Res. Dr. R. Möllenberg-Lützen b. Weißenfels, Stabsarzt d. Res. Dr. S. Moos-Konstanz, Stabsarzt Dr. Moses-Königsberg i. Pr., Oberarzt d. Res. Dr. Simon Mühlfelder-Berlin, Stabsarzt d. Res. Dr. Ernst Mühsam-Schmiedeberg, Stabs-

arzt d. Res. Dr. Wilhelm Mühsam-Berlin, Stabsarzt d. L. Dr. Müller-Waldenburg i. S., Stabsarzt d. Res. Dr. Müller-Grotjahn-Bad Elster, Stabsarzt d. L. Dr. Mylius-Görlitz.

Oberarzt d. L. Dr. Neter-Mannheim, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Neuendorff-Bernburg, Oberstabsarzt Dr. Nicolai-Berlin, Stabsarzt Dr. Nüssmann-Halle a. S.

Oberstabsarzt Dr. Ohrendorf-Insterburg, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Siegfr. Ostrowski-Berlin, Oberstabsarzt Prof. Dr. Otto-Berlin, Stabsarzt Dr. Otto-Jauer, Stabsarzt d. Res. und Bataillonsarzt Dr. Otto-Kolberg.

Oberarzt d. R. Dr. Erich Pagels-Sterkade (Reg.-Bez. Düsseldorf), Oberarzt d. R. Dr. Pallas-Hettstedt (Reg.-Bez. Merseburg), Generalarzt d. Res. Prof. Dr. Payr-Leipzig, Oberarzt d. Res. Dr. Peltesohn-Berlin, Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Peter-Greifswald, Oberstabsarzt d. Res. Dr. Petri-Berlin-Wilhelmsruhe, Stabsarzt d. Res. Dr. Carl Pflanz-Bodmann i. Baden, Stabsarzt d. Res. Dr. Pfleiderer-Nürtingen (Württemberg), Stabsarzt d. Res. Dr. Hans Philipsthal-Berlin, Stabsarzt d. L. Dr. Piltz-Chemnitz, Oberstabsarzt Dr. Pochhammer-Berlin, Stabsarzt d. Res. Dr. Pollock-Freiburg i. Br., Stabsarzt Dr. Poppe-Rendsburg, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Poth-Berlin, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Prenzel-Weißenburg i. Els., Stabsarzt d. L. Dr. **Prölß**, Kreisarzt in Bremervoerde (Hannover).

Stabsarzt d. Res. Dr. Quensel-Eisleben.

Stabsarzt d. Res. Dr. Radecke-Berlin, Oberarzt d. Res. Dr. Rademacher-Magdeburg, Oberarzt d. Res. Dr. Räther-Meersburg i. Baden, Generalarzt d. Res. Prof. Dr. L. Rehn-Frankfurt a. M., Stabsarzt d. Res. Dr. Reich-Herzberge, Stabsarzt d. Res. Dr. Reinhardt-Hettstedt (Reg.-Bez. Merseburg), Oberarzt d. Res. Dr. O. Reinicke-Oberstein a. Nahe, Oberarzt d. Res. Dr. Reinsch-Görlitz, Stabsarzt d. Res. Dr. Rengstorf-Callenberg (Reg.-Bez. Hildesheim), Stabsarzt d. Res. Dr. Renz-Pforzheim i. Baden, Stabsarzt d. Res. Dr. Rettig-Halle a S., Stabsarzt d. Res. Dr. Heinr. Rettler-Heisingen a. Ruhr, Generaloberarzt d. L. Prof. Dr. Rinne-Berlin, Generaloberarzt Dr. Ritter-Berlin, Stabsarzt d. Res. Dr. Hans Risel-Leipzig, Stabsarzt d. L. Dr. Ernst Röhrs-Hamburg, Stabsarzt d. R. Dr. Röttinger-Mannheim, Unterarzt Dr. Rudershausen-Marburg, Oberarzt d. Res. Dr. H. Ruhemann-Berlin, Oberarzt d. Res. Dr. Felix Rund-Berlin, Stabsarzt Dr. Rust-Berlin.

Ass.-Arzt d. Res. Dr. Bruno Saaler-Charlottenburg, Stabsarzt d. Res. Dr. Schafft-Detmold, Stabsarzt Dr. Sandkuhl-Leipzig, Oberstabsarzt Dr. Sandrog-Stendal, Stabsarzt d. Res. Dr. Sardemann-Altmorschen (Reg.-Bez. Cassel), Oberarzt d. Res. Dr. **Sarnow**, Bezirksarzt in Eisenach, Stabsarzt d. L. Dr. **Sauberzweig**, Kreisarzt in Hanau, Generalarzt d. Res. Prof. Dr. Sauerbruch-Zürich, Stabsarzt d. Res. Dr. Schädrich-Halle a. S., Generaloberarzt Dr. Gustav Schelle-Allenstein, Stabsarzt d. Res. Dr. Schelle-Berlin, Oberarzt d. Res. Dr. Scheven-Barmen, Stabsarzt d. Res. Dr. Kurt Schillbach-Berlin, Oberarzt Dr. Schievelbein Leipzig, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Schlemmer-Gottmadingen (Baden), Stabsarzt d. Res. Dr. Artur Schlesinger-Charlottenburg, Oberarzt d. Res. Dr. Georg Schlomann-Danzig, Oberstabsarzt Dr. Schloßberger-Stuttgart, Stabsarzt Dr. Kuno Schlosshauer-Hannover, Ass.-Arzt Dr. Schmidt im Inf.-Regt. Nr. 15, Ass.-Arzt Dr. Schröder-Cassel, Oberarzt d. Res. Dr. Alfred Schröder-Dresden, Stabsarzt d. Res. Dr. Schulze-Königsberg i. Neumark, Stabsarzt d. Res. und Regt.-Arzt Dr. Senator-Berlin, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Siegler-Kaitz bei Dresden, Stabsarzt d. Res. Dr. Simons-Charlottenburg, Oberarzt d. Res. Dr. Singer-Berlin, Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Sobernheim-Berlin, Stabsarzt Dr. Spadeler-Kolberg, Stabsarzt d. Res. Dr. **Speckmann**, Kreisarzt in Sensburg (Ostpr.), Stabsarzt d Res. Dr. **Speiser**, Kreisarzt in Labes (Reg.-Bez. Stettin), Oberarzt Dr. Sperber-Berlin, Stabsarzt d. Res. Dr. Spurgat-Gumbinnen, Oberstabsarzt Dr. Staffhorst-Angermünde, Oberstabsarzt Dr. Stephan-Brandenburg a. H., Generalarzt Prof. Dr. Steudel-Berlin, Ass.-Arzt Dr. Stumpf (Sächs. Inf.-Regt. Nr. 182), Stabsarzt d. L. Dr. Süßmann-Kreuzburg (Oberschles.), Feldunterarzt Dr. Suerken-Papenburg (Reg.-Bez. Osnabrück), Oberstabsarzt d. Res. Dr. Sybel-Berlin, Stabsarzt Dr. Szubinski-Colmar.

Oberarzt d. Res. Dr. Conrad Teicher-Hof i. Bayern, Stabsarzt Dr. Thalacker-Leipzig, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Thilenius-Bad Soden i. T., Ass.-Arzt d. Res. Dr. **Thilo**, Stadtarzt i. Chemnitz, Stabsarzt d. Res. Kreisarzt Dr. **Thomalla**-Ohlau, Stabsarzt Dr. Tollkühn-Graudenz, Stabsarzt d. Res. Dr. Töpfer-Friedenau b. Berlin, Stabsarzt Dr. **Trembur**-Cöln, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Fritz Trockels-Barmen.

Oberarzt d. Res. Dr. Uhlemann-Helmstedt, Oberarzt d. Res. Dr. Unger-Steglitz, Stabsarzt Dr. Uphoff-Minden i. W.

Stabsarzt d. Res. Dr. Vagedes-Hagen i. Westf., Stabsarzt d. Res. Dr. **Vahle,** Kreisarzt in Frankenberg (Reg.-Bez. Cassel), Oberarzt d. Res. Dr. Voß-Lamspringe, Stabs- und Regimentsarzt Dr. **Vollmer**-Cöln.

Stabsarzt d. Res. Dr. Walbaum-Steglitz, Stabsarzt Dr. Waechter-Wahlstatt, Stabsarzt der Res. Dr. Warnecke (58. Art.-Reg.), Unterarzt Dr. Felix Wassermann-München, Oberstabsarzt d. Res. Geh. Med.-Rat Dr. **Weber**-Berlin, Stabsarzt d. R. Dr. A. Wegener-Chemnitz, Ass.-Arzt O. Wegerle-Mannheim, Stabsarzt d. Res. Dr. Weigert-Breslau, Oberarzt d. Res. Dr. Weik-Suhl i. Thür., Stabsarzt d. Res. Dr. A. Wertheimer-Rastatt, Stabsarzt d. Res. Dr. Westhoff-Bremen, Oberarzt d. Res. Dr. Wex-Bärwalde (Reg.-Bez. Frankfurt a. M.), Stabsarzt d. L. Dr. Wild-Konstanz, Stabsarzt Dr. Wildegans-Berlin, Stabsarzt d. Res. Dr. **Willms**-Kirchweyhe b. Bremen, Stabsarzt d. Res. Dr. Max Willner-Berlin, Ass.-Arzt d. Res. Dr. E. Windesheim-Ulm, Stabsarzt d. Res. Dr. Wintzer-Marburg, Oberarzt d. Res. Wortmann-Berlin, Stabsarzt d. Res. Dr. Wünn-Nowawes.

Ass.-Arzt Dr. Zechein-Wiesbaden, Stabsarzt Dr. Ziebert-Freiburg i. Br., Oberstabsarzt d. Res. Prof. Dr. Zieler-Würzburg, Stabsarzt Dr. v. Zschock-Saarburg, Oberarzt d. Res. Dr. Zucker-Chemnitz.

Berichtigung. In Nr. 21 muß es heißen Dr. Ernst Heinrich Wolf-Nieder-Saulheim, nicht Dr. Ernst Heinrich daselbst.

Vom Kaiser in Oesterreich und von regierenden Fürsten der Deutschen Bundesstaaten sind noch folgende Kriegsauszeichnungen verliehen:

Das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens am Band des Militärverdienstkreuzes: dem Stabsarzt d. L. Dr. **Zelle,** Kreisarzt und ständiger Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Oppeln; — das Komturkreuz I. Klasse des Königl. Sächsischen Albrechts-Ordens mit Schwetern: dem Obergeneralarzt Dr. Müller in Dresden; — das Komturkreuz II. Klasse desselben Ordens: dem General- und Korpsarzt Dr. Wilke-Leipzig; — das Ritterkreuz I. Klasse desselben Ordens: den Stabsärzten Dr. Ruscher in Königsbrück (Königreich Sachsen), Dr. Langbein in Kamenz, Dr. Müller in Zeithain (Königreich Sachsen) sowie den Stabsärzten d. Res. Prof. Dr. v. Korff in Tübingen und Dr. Butter in Dresden; — das Ritterkreuz II. Klasse desselben Ordens: dem Stabsarzt Dr. Walter Enke in Chemnitz, dem Oberarzt Dr. Krug-Dresden, dem Oberarzt d. Res. Dr. Günther (19. Sächs. Ersatz-Division) und dem Assistenzarzt d. Res. Dr. Lochmann in Reichenbach (Oberlausitz); — die Friedrich August-Medaille in Silber am Bande für Kriegsdienste: dem Unterarzt Dr. Kleiber (Pionier-Bat. Nr. 12).

Das Kommandeurkreuz I. Klasse mit Schwertern des Großherzoglich Badischen Ordens vom Zähringer Löwen: dem Generalarzt und leitenden Chirurgen beim Generalkommando des Badischen Armeekorps Geh. Hofrat Prof. Dr. Kraske in Freiburg i. Br.; — das Ritterkreuz I. Klasse desselben Ordens mit Schwertern: Oberstabsarzt d. Res. Prof. Dr. Wilms-Heidelberg; — das Ritterkreuz II. Klasse desselben Ordens mit Eichenlaub und Schwertern: Stabsarzt d. L. Dr. Baumstark-Karlsruhe, Stabsarzt d. Res. Dr. Meyerhoff-Rothenfels i. Baden, Ass.-Arzt d. Res. Dr. Gumprich-Karlsruhe, Stabsarzt d. L. Dr. Stephani-Mannheim, Stabsarzt d. Res. Dr. Ritzhaupt-Heidelberg, Stabsarzt d. Res. Dr. S. Weindel-Schwetzingen i. Baden; — das Fürstlich Hohenzollernsche Verdienstkreuz mit Schwertern: Unterarzt Dr. O. Wegerle-Mannheim.

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gestorben sind ferner die **Aerzte:**

Unterarzt Dr. Caminer im Res.-Inf.-Regt. Nr. 61.

Feldunterarzt Dr. Wilhelm Fischer, Ass.-Arzt d. Res. Dr. v. Forster-Göttingen, Unterarzt C. A. Freusberg-Bonn.

Unterarzt Dr. L. Hassenkamp, Stabsarzt d. Res. Dr. Hoffheinz-Angerburg (Ostpreußen).

Feldunterarzt Ludwig Jacobi-Reibnitz i. Schlesien.

Feldunterarzt F. Kircher, Ass.-Arzt Wilhelm Köhne-Hannover.

Einj.-freiw. approb. Arzt H. Lehmann aus Dresden, Marinestabsarzt d. Res. Dr. Alfred Lippe-Lemwerder (Oldenburg), Unterarzt Dr. Loechel-Kulm (Westpreußen).

Stabsarzt d. L. Dr. Richard Moeller-Magdeburg, Arzt K. Rudhardt aus Straßburg i. Els.

Feldunterarzt K. Salomon-Lauban (Schlesien), Oberarzt Dr. Richard Sarrazin-Emmerich a. Rh., Stabsarzt d. Res. Dr. Schlesiger-Illowo (Ostpreußen), Oberarzt d. Res. Dr. Paul Siegfried-Königsberg i. Pr., Unterarzt Alfred Steinebrunner-Bischweiler (Elsaß).

Oberarzt d. Res. Dr. Fritz Wachsner-Graz (früher Berlin), Zahnarzt Prof. Dr. S. Witzel-Bonn.

Die Gesamtzahl der bisher für das Vaterland verstorbenen Aerzte ist damit schon auf 119! gestiegen, also über das Doppelte der im ganzen Feldzug 1870/71 gefallenen und verstorbenen Aerzte (58).

Die **Cholera** hat in **Oesterreich-Ungarn** allmählich eine immer größere Ausbreitung gefunden. Während bis zum 7. September in Oesterreich nur 26 (2), in Ungarn nur 4 (—) Erkrankungsfälle (Todesfälle) gemeldet waren, sind in den 5 Wochen vom 26. Sept.—31. Oktober in Oesterreich: 98 (32), 160 (22), 175 (104) 413 (142) und 579 (187); in Ungarn: 183, 231, 281, 344 und 347 Fälle festgestellt. Die bei weitem größte Zahl der Erkrankungen und Todesfälle ist in Galizien vorgekommen; in den Wochen vom 18.—24. und 25. bis 31. Oktober 361 (116), und 265, davon 130 und 111 (48) unter den dort stehenden Truppen.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen.[1]) Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 11. bis 31. Oktober 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Cholera, Gelbfieber, Rotz, Rückfallfieber, Aussatz, Tollwut, Fleckfieber: — (—), — (—), — (—); Pocken: — (—), — (—), 2 (—), Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: — (—), 1 (1), — (—); Milzbrand: — (—), 1 (—), 2 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 7 (—), 7 (—), 4 (—); Unterleibstyphus: 548 (48), 547 (56), 482 (46); Ruhr: 311 (21), 781 (12), 290 (11); Diphtherie: 1604 (135), 1643 (145), 1782 (105); Scharlach: 1734 (100), 1880 (106), 1794 (117); Kindbettfieber: 97 (33), 94 (26), 82 (19); Genickstarre: 2 (2), 4 (1), 2 (2); spinaler Kinderlähmung: 3 (—), 4 (—), 2 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 33, 47, 27; Tuberkulose (gestorben): 587, 524, 620.

Mitteilung. Mit Rücksicht auf die durch den Krieg geschaffenen besonderen Verhältnisse hat die Verlagsbuchhandlung im Einverständnis mit dem Herausgeber von der Ausgabe des **nächsten Jahrganges (1915)** des **Kalenders für Medizinalbeamte** Abstand genommen.

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 23. Ausgegeben am 5. Dezember 1914.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,

Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 23.

Annoncen-Annahme und verantwortlich für den Inseratenteil: Geisdorf & Co., G. m. b. H., Berlin NW. 7.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Ernannt: Reg.-Rat Dr. v. Kries aus Danzig, bisher als juristisches Mitglied in der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern beschäftigt, zum Geheimen Regierungsrat und vortragenden Rat in diesem Ministerium und zum ordentlichen Mitgliede der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen; Prof. Dr. A. Birch-Hirschfeld in Leipzig zum ordentl. Professor der Augenheilkunde in Königsberg i. Pr.

Versetzt: der ordentliche Honorar-Professor Dr. Karl Ludloff in Breslau in gleicher Eigenschaft in der medizinischen Fakultät der Universität Frankfurt a. M.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Reinkober in Trebnitz (Schles.), die Geh. Sanitätsräte Dr. Ludwig Wolff und Dr. Hermann Wessely in Berlin, Dr. Tonnies in Nordstemmen (Hannover), die Geh. Sanitätsräte Dr. Beerel in Hirschberg O.-Schl., und Dr. Karl Heller-Cöln a. Rh., ferner Dr. Justus Brons in Mariendorf bei Berlin, Prof. Dr. Esser-Bonn, San.-Rat Dr. Haarmann in Hordel b. Bochum, Dr. Domanski in Lissa (Posen), Geh. Reg.-Rat Dr. Brunswicker in Bassenheim (Reg.-Bez. Koblenz), Dr. Laurentowski in Kosten (Posen).

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel eines Sanitätsrates: dem prakt. Arzt Dr. Gerster in Regensburg; — der Verdienstorden zum heiligen Michael IV. Klasse mit der Krone: dem Med.-Rat Dr. Hofmann, Bezirksarzt in Würzburg.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Emmerich in München, Bezirksarzt Dr. Schoeppner in Friedberg (Oberbayern).

Königreich Sachsen.

Gestorben: Stabsarzt a. D. Dr. Rösch in Dresden und Dr. Walch in Leipzig.

Grossherzogtum Baden.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. Wentzel in Pforzheim zum Bezirksassisstenzarzt daselbst, der ordentl. Honorarprofessor Dr. Hoffmann in Heidelberg zum außerordentl. Prof. der Neuropathologie daselbst.

Königreich Württemberg.

Gestorben: Dr. Eugen Faber, Badearzt in Heilbronn.

27. Jahrg. **Zeitschrift** 1914.
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt
für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.
Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 23.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Dez.

Zur Frage der Typhusbazillenträger.

Von Dr. E. Richter, Reg.- und Geh. Med.-Rat in Dessau.

Aus der Denkschrift über die seit dem Jahre 1903 unter Mitwirkung des Reichs erfolgte systematische Typhusbekämpfung im Südwesten Deutschlands geht unter anderem hervor, daß für die meisten Fälle des Vorkommens der Unterleibstyphus in sogenannten Typhushäusern und Typhushöfen die Anschauung zutrifft, wonach es sich bei der Ansteckung neu zuziehender oder zum Besuch in solchen Häusern und Höfen weilenden Personen nicht um das Vorhandensein von Typhuskeimen im Boden, — das jedoch nicht für alle Fälle ganz auszuschließen ist — sondern um das Dasein eines Typhusbazillenträgers handelt, der auch meist dem weiblichen Geschlecht angehört. Es hat sich also die frühere Anschauung von der Gefahr der Typhuskeime im Boden der Häuser und Höfe zu Lasten der Annahme durch Typhusbazillenträger verschoben, die ungefähr 4—7 vom Hundert sämtlicher Typhusfälle ausmachen.

Es ist sicher nicht ohne Interesse, die Verhältnisse der Typhusbazillenträger bezüglich Form und Art der Uebertragung

des Typhus sowie der zu ergreifenden Maßregeln auch einmal von dem Standpunkte zu betrachten, wie sie sich dem außerhalb der Kommission für Typhusbekämpfung im Lande stehenden Medizinalbeamten darbieten. Die Kenntnis von der Sache kann durch eine Schilderung und Veröffentlichung einschlägiger Fälle außerhalb des Bekämpfungsgebietes des Typhus im Südwesten Deutschlands nur gewinnen.

In dem klassischen Sammelwerk über die Typhusbekämpfung im Südwesten Deutschlands, wie es der 41. Band der Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte von 1912 darstellt, ist von Hertel, Seite 311 u. ff. ein Verzeichnis über Zustandekommen von Typhusepidemien aufgestellt, in dem sich unter 157 Fällen drei befinden, deren Entstehung auf den Besuch einer Kirchweih — Kirmes — zurückgeführt wird.

Es sind dies:

1. 29 gehäuft auftretende Fälle in der Ortschaft G. bei Straßburg im Jahre 1903,

2. 15 Fälle in einer Ortschaft Mi . . . . . bei Metz im Jahre 1907 und

3. 102 Fälle in O . . . . bach bei Kaiserslautern im Jahre 1903.

Ich bin in der Lage, zwei Fälle gehäufter Erkrankungen mitzuteilen, deren Entstehung ohne Zweifel auf das Vorhandensein eines Typhusbazillenträgers bei einem Kinder- bezw. einem Schützenfeste zurückzuführen ist.

Der erste Fall kam im Jahre 1906 im September zu meiner Beobachtung:

In dem großen Dorfe R . . . ., Kreis B., erkrankten in der Zeit vom 29. August bis 6. September deutlich an Unterleibstyphus 56 Personen. Die Krankheit wurde nicht bloß klinisch, sondern auch in acht bis zehn Fällen bakteriologisch und serologisch durch das hygienische Institut in Halle a. S. festgestellt.

Es erkrankten nicht nur Erwachsene in verschiedenen Lebensstellungen, sondern auch größere und kleinere Schulkinder; auch erstreckte sich die Krankheit auf Einwohner der verschiedensten Straßen.

Später trat ein deutlicher Nachlaß der Erkrankungen ein, indem sie vom 6. September an nur noch vereinzelt, in der ersten Woche noch 10 auftraten, so daß der Höchststand der Krankheitsfälle — 66 — Mitte September erreicht wurde. Es kamen aber nach und nach immerhin bis Mitte November meist in den schon befallenen Häusern noch 16 Einzelerkrankungen vor. Nebenbei sei erwähnt, daß der Krankheitsverlauf durchweg als ein milder zu bezeichnen war.

Man hat also hier deutlich zwei Krankheitsgruppen vor sich, die erste explosiv auftretende von 56 Fällen innerhalb acht Tagen, vom 29. August bis 6. September, in allen Teilen und Lebensaltern der Bevölkerung und in verschiedenen Straßen, die zweite, auf Verkehrsansteckung beruhend — Kontaktfälle —

von Mitte September bis Mitte November des Jahres sich erstreckend.

Es mußte zweifellos für die innerhalb 8 Tagen aufgetretenen 56 Fälle eine gemeinsame Ursache da sein. Eine Ansteckung durch Brunnenwasser war trotz des explosiven Auftretens nicht wahrscheinlich, da erstens keine Wasserleitung im Orte besteht, zweitens nur einzelne öffentliche Brunnen vorhanden sind, und drittens die meisten Häuser Privatbrunnen — Schachtbrunnen — besitzen. Die Untersuchung einer ganzen Anzahl der Brunnen auf Typhusbazillen wies diese nicht auf. In der ersten Zeit vor Klarstellung der Sache wurde jedoch dem Publikum empfohlen, vorsichtshalber nur abgekochtes Wasser zu genießen.

Eins war jedoch klar, die erste Gruppe der Erkrankten mußte in der Lage gewesen sein, gleichzeitig — binnen ein bis zwei Tagen — ein Nahrungs- oder Genußmittel irgend welcher Art genossen zu haben; es war auch bei der bekannten Inkubationszeit des Unterleibstyphus nicht schwer, nachträglich den Zeitpunkt zu bestimmen, zu welchem die allgemeine Ansteckung erfolgt sein mußte. Da die Inkubationszeit auf 10 bis 30 Tage angenommen wird und vor Eintritt der Krankheitserscheinungen bis zu dem Grade, daß ein Arzt gerufen wird, auch noch meist 5—8 Tage verlaufen, sodann zwischen Feststellung der Krankheit und Meldung meist einige Tage hingehen, lag es ganz nahe, nach einer Ursache der gemeinschaftlichen Erkrankung für die Zeit gegen Ende Juli zu suchen. Es fand sich auch, daß in dieser Zeit — am 22. und 23. Juli — in R. das sogenannte Kinderfest stattgefunden hatte, an dem meist das ganze Dorf lebhaften Anteil nimmt und durch regen Besuch des Festes bezeugt. Auch soll aus dem Nachbarorten ziemlich viel Publikum an diesem Feste teilnehmen. Typhusfälle in diesen Orten sind jedoch, soweit meine Nachforschungen reichen, nicht vorgekommen. Die Gründe für und wider meine Anschauung sollen gemeinschaftlich nach Mitteilung des folgenden zweiten Falles besprochen werden.

Im laufenden Jahre traten in der Zeit vom 19. Juli bis 3. August in der Stadt R. Kreis Z. 16 Typhusfälle auf; in den verschiedenen Straßen der Stadt, bei Leuten sehr verschiedenen Lebensalters, auch bei Kindern, denen sich nachher trotz genauer Desinfektion noch einige Fälle anschlossen, die vereinzelt in der Stadt vorkamen und wohl auf Verkehrsansteckung — Kontaktfälle — zurückzuführen sind. Es sind auch hier 2 Gruppen von Erkrankungen vorhanden; die erste von 16 Fällen, deren Entstehung höchstwahrscheinlich einer gemeinschaftlichen Ursache zugeschrieben werden muß, sodann die vom 19. August bis Ende September vorgekommenen 4—5 Einzelfälle. Die Stadt R. hat öffentliche Wasserleitung, die als Entstehungsursache nicht in Betracht kam, ebensowenig kam bei den Nachforschungen Milch eines bestimmten Händlers

in Frage. Dagegen wurde als gemeinsame Ursache der ersten Erkrankungsgruppe die Aufnahme eines Nahrungs- bezw. Genußmittels angenommen, die zu einem Zeitpunkt geschehen sein mußte, der ungefähr 3—4 Wochen vor der Feststellung der Erkrankungen lag. Ein solcher fand sich auch, indem Ende Juni und Anfang Juli d. J. in R. das mehrere Tage dauernde Schützenfest stattgefunden hatte.

Die getroffenen Maßregeln waren in beiden Fällen:

1. Absonderung der Kranken durch Ueberführung in ein benachbartes Krankenhaus.
2. Sorgfältig durchgeführte laufende Desinfektion.
3. Schlußdesinfektion.
4. Desinfektion der Aborte.
5. Reinhaltung schmutziger Gossen durch Spülung und Einschüttung von Chorkalklösung und Reinhaltung der Höfe.

Die Untersuchung einzelner Hausbrunnen wurde im September vom Magistrat beantragt, aber wegen zu erwartender Erfolglosigkeit vom hygienischen Institut zu Halle a. S. abgelehnt.

Es ist selbstverständlich, sich in Fällen, wie die beiden mitgeteilten, nicht bloß auf den logischen Schluß aus den Tatsachen zu beschränken, daß hier höchstwahrscheinlich ein Typhusbazillenträger die Krankheit verursacht hat, man will doch Genaueres nicht bloß annehmen, sondern wissen und nachweisen.

Wir haben das im ersteren angegebenen Falle versucht und nachgeforscht, welche Gastwirte bezw. Budenbesitzer in R. zum Kinderfest dagewesen sind, haben auch nachgeforscht, ob in anderen Orten der Gegend nach ähnlichen Festen gehäuft der Typhus aufgetreten ist. Es ist ohne Erfolg geschehen. Auch konnten wir bei Mangel einer bestimmt als Typhusbazillenträger oder -trägerin zu vermutenden Person weder diese noch Personen in ihrer Umgebung untersuchen bezw. ihre Abgänge untersuchen lassen, da sie höchstwahrscheinlich lange den Ort ihrer verhängnisvollen Wirksamkeit verlassen hatten. Es sind dabei so viele Möglichkeiten der Uebertragung durch Typhusbazillenträger, die den Ort wechseln, daß es ein besonderer Glücksumstand ist, wenn man bei der Untersuchung verdächtiger Abgänge den bestätigenden Nachweis des Vorhandenseins der Bazillen führen kann. Die Blutuntersuchung etwaiger Verdächtigten ist in diesen Fällen zwecklos, da es sich lediglich um den Nachweis von Bazillen handelt.

Zum Beispiel:

1. Es ist in einer Verkaufsbude tatsächlich ein Bazillenträger vorhanden gewesen, der nachträglich in eine Untersuchung seiner Abgänge willigt und zur Zeit der Untersuchung die so oft vorkommende Pause in der Ausscheidung hat. Das Ergebnis ist verneinend, trotzdem daß der Betreffende Typhusbazillenträger ist.

2. Ein für den betreffenden Tag angenommener Hilfsarbeiter oder Hilfsarbeiterin ist Bazillenträgerin und hat in anderer späterer Beschäftigung

keinerlei Gelegenheit, ihre derfallsige Wirksamkeit zu entfalten, kommt also gar nicht in den entsprechenden Verdacht.

3. Ein Brauereikutscher — Bazillenträger — ladet vor einer Schankbude Fässer ab, nachdem er kurz zuvor Urin gelassen, die Hand beschmutzt und nicht abgewischt hat. Er schlägt den hölzernen Zapfhahn ins Faß und der Betreffende, der beim Zapfen den Hahn dreht, verteilt an sich und die betreffenden Gästen auf den von ihm angefaßten Gläserhenkeln die Typhusbazillen. Soweit nun deren Vorrat reicht, und soweit sich die Gäste mit den beschmutzten Händen den Mund wischen, schlucken sie nach dem Ablecken der Lippen die Keime hinunter und bekommen, je nach ihrer gerade bestehenden Körperdisposition, den Typhus.

4. Ein Bazillenträger setzt in der Nähe einer Verkaufsstelle von Nahrungs- oder Genußmitteln im Freien seinen Stuhl ab. Da nun Volksfeste fast immer im Sommer gehalten werden, setzen sich auf die Kotmassen hunderte von Fliegen, die Teile davon verzehren und auch mit ihren Krallenfüßchen Teile aufnehmen und forttragen. Ihr natürlicher Trieb führt sie unbedingt danach auf die in der Nähe zum Verkauf aufgestellten Nahrungs- und Genußmittel, die sie sodann mit ihrem eigenen Kot und mit den vom Typhusträgerkot an den Füßen mitgenommenen Teilen beschmutzen, sofern nicht Glasglocken oder Netze dies verhindern.

Der Einwand, der gewöhnlich gemacht wird, „es müssen doch dann aber alle, die von den fraglichen Waren genossen haben, krank geworden sein, ist einfach damit abzuwehren, daß doch nicht alle Teile der Waren gleichmäßig beschmutzt zu sein brauchen, da die Menge der zugetragenen Krankheitskeime nicht zur Verunreinigung der ganzen Ware hingereicht hat, und auch ein Teil vor Fliegen geschützt gewesen ist. Wer suchen wollte, kann sich noch mehr Wege zur Uebertragung der Bazillen vorstellen; ich wollte nur mit der Anführung der vorstehenden Möglichkeiten dartun, daß es sehr schwierig ist, in ähnlichen vorliegenden Fällen gehäufter Typhuserkrankungen allemal den richtigen Bazillenträger — Anstifter — nachzuweisen.

Die Form und Wirksamkeit der Typhusbazillenträger ist selbstverständlich nach ihrem Beruf, Geschäftsbetrieb und der Umgebung verschieden. So ist ja aus der Literatur und auch jedem länger im Dienst stehenden Kreisarzte meist aus eigener Erfahrung bekannt, daß einzelne Gehöfte und Häuser sich als Typhushäuser und Typhushöfe unliebsam hervorheben. Meist ist in diesen Häusern und Gehöften die Hausfrau, die Speise zubereitet, die Bazillenträgerin mit dem Erfolge, daß neu eintretende Hausgenossen, Gesellen, Dienstleute den Typhus bekommen. Früher hat dieser Zustand lange Jahre bestehen können, da man die Quellen der Erkrankungen oft an falscher Stelle suchte; erst mit der Entdeckung der Bazillenträger ist man der Wahrheit nahe gekommen. Was dabei für den Kreisarzt zu tun ist, wird nachher zur Besprechung kommen; in einigen bekannten Fällen hat sich das Publikum übrigens selbst geholfen, indem mit dem Bekanntwerden der Eigenschaft dieser Frauen als Typhusbazillenträgerin diese keine Leute mehr für ihre Wirtschaft bekamen, das Gut verkaufen bezw. das Geschäft aufgeben mußten. Das sind die ortseingesessenen Bazillenträger, die zu Haus bleiben. Für gefährlicher sind die Bazillenträger



jedoch anzusehen, die im Umherziehen ein Geschäft betreiben und, je nach der Stufe ihrer Bildung und gewohnten Reinlichkeit, zumal wenn sie sich selbst der Sache nicht bewußt sind, verschiedene Stufen der Gefährlichkeit darbieten. So wird ein bazillentragender Handelsmann mit Waren, die jedermann und er selbst öfter betastet, wenn er unreinlich ist, fähig sein, jedem Käufer die Anwartschaft auf Typhus mit der Ware zuzugeben.

Ein reisender Kaufmann, der in guten Hotels wohnt, in denen sich Wasserklosetts befinden und sonst strenge Reinlichkeit an seinen Körper übt, wird kaum jemanden gefährden, außer etwa seine Hausfrau und die Waschfrau, die beim Herrichten seiner Leibwäsche zum Waschen angetrocknete Kot oder Ueberreste verstäuben und an die Hände bekommen. Ich will hier einen derartigen Fall vortragen:

Bei meinen ätiologischen Untersuchungen über Typhus — veröffentlicht in der Eulenbergschen Vierteljahrsschrift 1884–1887 — fand ich ein typhuskrankes 11jähriges Mädchen im Obergeschoß eines neugebauten Hauses, in dem noch niemand gewohnt hatte; auch war Verkehr mit Typhuskranken nicht nachzuweisen. Bei genauerer Nachforschung stellte sich aber heraus, daß die Mutter der Kranken, eine Waschfrau, in einem Typhushause Wäsche gewaschen hatte. Beim genaueren Nachfragen nach der Handhabung der Wäsche ergab sich, daß sie das Bettuch des Typhuskranken nicht gleich in das Wasser getan, sondern im Waschhause selbst trocken ausgeschüttelt hatte, und daß auf dem Tische des Waschhauses ein Schinkenbrot, ihr Frühstück, gelegen hatte. Es ergab sich ferner, daß sie das Frühstück nicht selbst gegessen, sondern ihrer Tochter mit heimgebracht hatte. Die Tochter bekam dann nach ca. 8 Wochen den Typhus.

Am gefährlichsten sind Typhusbazillenträger, die mit Nahrungs- und Genußmitteln handeln, auch mit Zigarren und Zigarrenspitzen, überhaupt mit allen Waren, die das Publikum zum Genießen und Benutzen an den Mund bringt.

Dieselbe Gefahr, wie die Typhushäuser, bieten Anstalten, in denen Menschen enge zusammenzuwohnen gezwungen sind, falls ein oder mehrere Typhusbazillenträger sich darunter befinden.

Im Gebiete der systematischen Typhusbekämpfung im Südwesten Deutschlands sind in der schon erwähnten Denkschrift [1]) 12 Anstalten, meist Irrenanstalten aufgeführt, in denen durch Vermittelung chronischer Typhusbazillenträger immer wieder neue Typhuserkrankungen auftraten, die nach Entdeckung der Träger und deren wirksamer Absonderung sich sofort verloren.

Die natürliche Folge dieser Ereignisse war nun, daß wohl in den meisten Irren- und Blödenanstalten die bakteriologische mehrmalige Untersuchung der Abgänge neu eintretender Aerzte, Schwestern, Wärter und Wärterinnen und sonstiger Bediensteter der Anstalten angeordnet und eingeführt wurde, um die Gefahr abzuwenden. Wie man wohl vermuten konnte, haben aber durchaus nicht alle derartigen Anstalten, auch größere nicht,

[1]) Band 41 der Arbeiten des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, Seite 323.

eigene Häuser zur Isolation für Typhusbazillenträger angelegt. Mir ist als solche Anstalt z. Z. nur Bunzlau mit 725 Pfleglingen bekannt. In der psychiatrisch neurologischen Wochenschrift, 10. Jahrgang, Nr. 5, veröffentlicht Dr. Clemens Neisser „Ein Absonderungshaus für weibliche Bazillenträger". Ich lasse wörtlich die betreffenden Angaben folgen:

„Das Ergebnis war — von insgesamt 2000 untersuchten Kotproben — daß kein einziger Ruhrbazillenträger, wohl aber 14 Typhusbazillenträger, 2 männliche und 12 weibliche, aufgefunden wurden. Ist dies schon an sich eine in analogen Verhältnissen fast noch nie beobachtete Zahl, so ist dieselbe bemerkenswerter, daß bei Feststellung derselben bereits mehr als ein halbes Jahr seit dem Auftreten der letzten Erkrankungsfälle verflossen war."

Also 14 Bazillenträger ein halbes Jahr in einer Anstalt von 725 Irren ohne einen neuen Erkrankungsfall! Wie aus der vorstehenden Angabe und den sofort noch anzuführenden hervorgeht, scheinen auch in einzelnen Gegenden die Typhusbazillenträger zahlreicher als in anderen zu sein.

In anderen Anstalten, die ich darum befragt habe, ist in einer ein besonderes Haus für Tuberkulöse und Infektionskrankheiten vorhanden, in dem gegebenenfalls auch Typhusbazillenträger untergebracht werden können. In einer Anstalt mit 700 Pfleglingen, wo während der letzten 25 Jahre Typhus nur sporadisch aufgetreten ist und ferner unter deren Kranken und Aufgenommenen, abgesehen von einem Falle (cfr. Bunzlau), keine Bazillenträger gefunden sind, ist davon abgesehen worden, über Bazillenträger usw. besondere Vorschriften zu erlassen.

In einer anderen Irren-Anstalt mit 600 Kranken bestehen besondere Vorschriften für die Aufnahme, Untersuchung und Behandlung von Typhusbazillenträger nicht; man beschränkt sich auf tunlichste Absonderung im Einzelzimmer und Untersuchung von „Blutproben" in angemessenen Zeiträumen.

In einer weiteren großen Anstalt von 1080 Kranken besteht eine gesonderte Abteilung für Aufnahme, Untersuchung und Behandlung von Typhusbazillenträgern nicht; eine solche war aber vor einigen Jahren vorübergehend eingerichtet, als eine kleine Typhusepidemie in der Anstalt herrschte. Nach deren Erlöschen ist eine Kranke, die als Bazillenträgerin jedenfalls die Epidemie verursacht hatte und noch längere Zeit Bazillen ausschied, in einem Einzelzimmer der neu erbauten Infektionsabteilung untergebracht worden.

Der Direktor einer Universitätsklinik mit 40 Irren teilt mir auf Anfrage mit, daß besondere Vorschriften für Aufnahme, Behandlung und Untersuchung von Typhusbazillenträgern in seiner Klinik nicht bestehen. Er schreibt ferner: „Im gegebenen Falle würde ich freie Gartenbewegung, aber Isolierung von anderen anordnen."

In einer anderen Anstalt mit 700 Kranken bestehen keine besonderen Vorschriften, ebensowenig eine Sonderabteilung für Bazillenträger. Es werden alle Personen, die in die Anstalt als Kranke oder Angestellte eintraten, und deren Vorleben die Tatsache oder den Verdacht des überstandenen Typhus ergibt,

auf das Vorhandensein von Typhusbazillenträgern in einem benachbarten Untersuchungsamte untersucht. Bis jetzt hat sich ein Bazillenträger dort noch nicht feststellen lassen.

Endlich sind in 2 Anstalten mit rund 400 und 300 Kranken, von denen in der ersteren jährlich 4—5, in der zweiten ungefähr 2 Typhusbazillenträger, fast weniger bei den eintretenden Kranken, wie bei den Wärtern durch das hygienische Institut einer benachbarten Universität festgestellt werden, folgende Bestimmungen für die Behandlung der Bazillenträger getroffen worden:

„1. Ergibt sich nach der Aufnahme eines Geisteskranken, Blöden oder Siechen beiderlei Geschlechts, daß er Typhusbazillenträger ist, so darf dies kein Grund sein, ihn aus der Anstalt zu entfernen.

2. Die bakteriologische Untersuchung der Abgänge neuer Typhusbazillenträger hat mehrmals, 3—4 mal in Abständen von ungefähr 14 Tagen bis 3 Wochen stattzufinden. Ergibt die bakteriologische Untersuchung jedesmal ein positives Resultat, so ist nach folgendem zu verfahren:

3. Handelt es sich um einen neu eingetretenen Arzt, so hat derselbe im Verkehr mit den Kranken keine Speisen derselben zu berühren und hat sich in sachgemäßer Weise nach jedem Stuhlgang, und, falls auch im Urin Typhusbazillen sich finden, nach jedem Urinlassen an Händen, After etc. sich zu reinigen. Bei genauer Befolgung vorgenannter Maßregeln erscheint eine Kündigung wegen der Eigenschaft als Typhusbazillenträger nicht nötig.

4. Ist eine Schwester dauernd Typhusbazillenträgerin, so hat sie die ihrem Geschlecht entsprechenden Maßregeln ebenfalls vorzunehmen, darf nicht mit Speisen, die den Pfleglingen verabreicht werden, in Berührung kommen, und ist am besten, nach vorherigem Einvernehmen mit dem Vorstande ihres Mutterhauses, ihre Abberufung herbeizuführen.

5. Die Wärter und Wärterinnen haben als dauernde Typhusbazillenträger die für die vorgenannten Personen angegebenen Vorsichtsmaßregeln anzuwenden, und ist ihnen zum nächsten gesetzlichen Termin zu kündigen.

6. Sind Pfleglinge beiderlei Geschlechts Dauer-Typhusbazillenträger, so können sie darum nicht aus der Anstalt entlassen werden; wohl aber sind dieselben, soweit dies ausführbar ist, energisch zu den oben genannten Maßregeln der Reinlichkeit anzuhalten und zu kontrollieren, bezw. sind die Maßregeln an ihnen durch Pflegepersonen auszuführen. Sie dürfen nicht in der Küche, ebensowenig mit Gartenarbeiten oder sonstigen Arbeiten beschäftigt werden, bei denen sie in Berührung mit Gartenfrüchten kommen, die von den übrigen Pfleglingen verzehrt werden.

Am besten wird ihnen ein bestimmter, stets reinlich zu haltender Abortsitz zugewiesen, der von den übrigen Pfleglingen nicht benutzt wird.

7. Die Abgänge der Typhusbazillenträger sind in der allgemein üblichen Weise mit Lysol zu desinfizieren, ebenso ist die von ihnen beschmutzte Wäsche wie die von ansteckenden Kranken zu behandeln."

So lange man bei genauer Befolgung vorstehender Vorschriften bazillentragende Pflegepersonen in der Anstalt behält, wird man durch diese sowohl die Insassen der Anstalt, als auch die Allgemeinheit schützen. Da aber für die Direktion einer Anstalt in erster Linie das Wohl der Insassen derselben in Frage kommt, wird man die betreffende Pflegeperson entlassen. Befolgt sie außerhalb die in der Anstalt anbefohlenen Vorsichtsmaßregeln, so wird vielleicht kein Schaden eintreten; denn in das Abgangszeugnis die Eigenschaft der betreffenden Person als Typhusbazillenträger einzutragen, ist gesetzlich nicht gestattet, und würde unter Umständen dieser jede Arbeits- und Erwerbsmöglichkeit verschließen, sie sozusagen brand-

marken und dem Aussteller des Zeugnisses Schadenersatzansprüchen aussetzen.

Erwähnt soll noch werden, daß auch der Vorschlag gemacht ist, die Typhusbazillenträger der einzelnen Anstalten größerer Bezirke in ein gemeinsames Isolierhaus zu bringen; es ist aber m. W. bis jetzt bei dem Vorschlage geblieben.

Die Untersuchungen sämtlicher als Pfleglinge oder Angestellte in eine Anstalt eintretender Personen sollte logischerweise nur auf diese Pfleglinge beschränkt werden. Die Aerzte, Schwestern, Pfleger und Pflegerinnen sollten gehalten sein, schon bei den Verhandlungen um Anstellung den amtlichen Nachweis zu bringen, daß sie nicht Typhusbazillenträger sind, und dann erst angestellt werden, statt jetzt bei Vorhandensein der unglücklichen Eigenschaft erst einige Monate angestellt und sodann wieder entlassen zu werden.

Die praktische Ausführung dieses letzteren Gedankens habe ich kürzlich erlebt, indem eine Diakonisse, die mit ins Feld zur Krankenpflege sollte, von maßgebender Stelle zurückgewiesen wurde, nachdem bekannt geworden war, daß sie vor 7 Jahren einen Typhus überstanden hatte, und es natürlich zu Untersuchungen ihrer Abgänge auf Typhusbazillen an Zeit und Gelegenheit fehlte.

Gesetzliche Bestimmungen, einen Zwang auf Typhusbazillenträger im gewöhnlichen bürgerlichen Leben auszuüben, bestehen noch nicht. Es würde aber immerhin einzelne Fälle geben, wo der Kreisarzt von der betreffenden Polizeibehörde beanspruchen muß, daß Zwang ausgeübt wird.

Das hygienische Institut in Halle hat die Gepflogenheit, dem betreffenden Kreisarzte mitzuteilen, wenn es in dessen Kreise durch die Untersuchung jemanden als Typhusbazillenträger festgestellt hat. In der Regel wird sich der Kreisarzt nun darauf beschränken müssen, sich Namen und Stellung des betr. Bazillenträgers zu merken, um bei auftretenden Typhusfällen eine die Nachforschungen nach der Entstehung erleichternde Handhabe zu besitzen. Wäre aber ein solcher Bazillenträger Inhaber einer Handlung von Nahrungs- und Genußmitteln, auch von Zigarren, so würde der Kreisarzt alles daran setzen müssen, den Betreffenden aus diesem Geschäft zu entfernen, auch wenn der Inhaber die größeste Reinlichkeit auszuüben verspricht. Hier müßte er m. E. von der Polizeibehörde Zwang fordern, unbekümmert um etwaige Kosten und sonstige Widerstände.

Die Aufnahme von Typhusbazillenträgern in ein Krankenhaus zur Beseitigung der Typhusbazillen ist zwecklos, da trotz der jährlich neu bekannt gemachten derfallsigen Arzneimittel ein sicheres Arzneimittel zur Erreichung dieses Zweckes noch nicht vorhanden ist. Ob schon spezifische Karlsbader Kuren versucht sind, ist mir nicht bekannt.

Die vorhandenen gesetzlichen Bestimmungen über Verhalten der Medizinalbeamten und der Gesundheitspolizei den Typhusbazillenträgern gegenüber bestehen in allen deutschen

Ländern eigentlich nur aus guten Ratschlägen für die Bazillenträger, deren Befolgung von ihrem guten Willen abhängt. So enthalten die vom Kaiserlichen Gesundheitsamte bearbeiteten Maßnahmen zur Bekämpfung des Typhus „Ratschläge für Aerzte bei Typhus und Ruhr" den Vorschlag, nach der Entfieberung der Typhuskranken 10 Wochen lang die Absonderung bestehen zu lassen, und wenn dann noch Typhusbazillen in den Abgängen sich finden, sie als Dauer-Bazillenträger zu betrachten. Da der Typhus doch die Kranken meist nicht 10 Wochen an das Krankenhaus fesselt, wird die Ausführung der Untersuchungen doch sicher oft auf Schwierigkeiten stoßen.

Die Bestimmungen über das Verhalten der Kreisärzte gegenüber den Dauerausscheidern von Typhusbazillen sind fast in allen deutschen Staaten und Städten, die solche erlassen haben, z. B. Nürnberg, gleichlautend. Ich führe als Probe dazu die sächsische vom 17. Juni 1909 an:

„Ist ein Dauerausscheider oder Typhus-Bazillenträger ermittelt worden, so ist dieser durch den Bezirksarzt mündlich auf die große Gefahr, die er für seine Umgebung bildet, aufmerksam zu machen und zur größten Sauberkeit, besonders zum Waschen der Hände nach jedem Stuhlgang, am besten mit einer desinfizierenden Flüssigkeit, zu ermahnen, auch ist er aufzufordern, seine Ausscheidungen nie im Freien zu entleeren. Hat der betreffende Dauerausscheider oder Bazillenträger mit Nahrungsmitteln zu tun, so ist er zugleich unter Hinweis auf die große Gefahr, die durch diese Beschäftigung für einen großen Kreis Menschen entsteht, zur Aufgabe der Beschäftigung zu veranlassen unter Androhung, daß bei weiterer Fortsetzung derselben Anzeige an die Polizeibehörde erfolgen werde."

Sodann haben die Bezirksärzte jeden Dauerausscheider der Kreishauptmannschaft anzuzeigen und einen Bericht abzustatten, in dem die zur Verhütung der Weiterverbreitung des Typhus durch den Dauerausscheider beziehentlich Bazillenträger angeordneten Maßregeln genau anzuführen sind. Die Polizeiverwaltungen den Anträgen der Bezirksärzte, „soweit dies gesetzlich geschehen kann", Folge zu geben.

Diesen Bestimmungen reiht sich der neueste Runderlaß des sächsischen Ministers des Innern vom 29. Mai d. J. an.[1]) Neu ist gegen früher die Angabe:

1. daß der positive Ausfall der Widalschen Probe nicht genügt zur Bezeichnung einer Person als Dauerausscheider;
2. daß der Bezirksarzt darauf hinwirken soll, daß die in Verdacht als Dauerausscheider stehenden Personen die zur Untersuchung erforderlichen Blut-, Stuhl- und Urinproben entnehmen lassen;
3. daß sich die Vorsichts- und Desinfektionsmaßnahmen danach richten müssen, ob Bazillen mit dem Stuhl oder dem Urin, oder mit beiden abgehen;
4. daß es unnötig erscheint, daß ein Dauerausscheider stets ein Bett allein benutzt — Bem. d. Verf.: diese Anordnung erscheint sehr anfechtbar —, und daß die Leib- und Bettwäsche des Dauerausscheiders jedesmal in starke Seifenlauge eingeweicht werden soll, so daß sie völlig untertaucht und daß sie erst nach 24 Stunden mit anderer Wäsche zusammengebracht wird;

[1]) Siehe Beilage Nr. 20, 1914 zur Zeitschrift für Medizinalbeamte (Gutachten des Landesgesundheitsamtes vom 5. März 1914, den untergeordneten Behörden zur Beachtung mitgeteilt).

5. daß als allgemeine wichtige Anordnung zu empfehlen ist, daß bei der Entlassung von Typhusrekonvaleszenten aus Krankenanstalten bei dem Befund von Bazillen im Stuhl und Urin der Bezirksarzt von dem Krankenhaus entsprechende Nachricht erhält, und daß der betreffende Bezirksarzt, falls ein Dauerausscheider verzieht, dem Bezirksarzt des neuen Wohnortes von dem Umzug des Dauerausscheiders in Kenntnis zu setzen hat.

Im Königreich Sachsen besteht die Anschauung, daß die Bezirksärzte als Träger des Kampfes gegen die Dauerausscheider anzusehen und deshalb mit neuen erweiternden Anordnungen der Verordnung vom 17. Juni 1909 zu versehen sind. Der Bezirksarzt kann demzufolge die Ergänzung geltender Polizeiverordnungen dahin gehend verlangen, daß Typhusbazillenträger nicht in Gewerbebetrieben und Berufsarten beschäftigt werden, in denen die Gefahr naheliegt, daß durch die Tätigkeit dieser Personen der Typhus verbreitet wird.

Also auch hier von vornherein ein Wenn und Aber.

Am weitesten geht Hessen in einem Ausschreiben des Ministeriums vom 5. Februar 1913. Es heißt da:

„Es könne auch die Ergänzung der geltenden Polizeiverordnungen etwa in folgender Form erwogen werden:

Personen, die die Erreger übertragbarer Krankheiten ausscheiden, ohne selbst krank oder noch krank zu sein (die sogenannten Bazillenträger und Dauerausscheider), dürfen nicht in Gewerbebetrieben beschäftigt werden, bei denen die Gefahr naheliegt, daß durch die Tätigkeit der genannten Personen im Betriebe die Krankheit verbreitet wird (z. B. in Molkereien, Milchwirtschaften und Milchgeschäften, Gemüse- und Obsthandlungen, Bäckereien, Metzgereien, Logierhäusern).

Bazillenträger und Dauerausscheider sind verpflichtet, sich den Untersuchungen zu unterwerfen, die zur Kontrolle ihres Zustandes erforderlich sind, und die Maßregeln zu befolgen, die ihnen zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit auferlegt werden.

Für nachweisbaren Verlust an Arbeitsverdienst sind sie während behördlich angeordneter Absonderung zu entschädigen, wenn sie nicht während dieser Zeit aus öffentlichen Mitteln verpflegt werden. Unbemittelten sind die nötigen Desinfektionsmittel aus öffentlichen Mitteln zu liefern. . . . .“

Aber bis jetzt ist leider nicht bekannt geworden, daß die vorgeschlagene Ergänzung der Polizeiverordnung stattgefunden hat.

Neuerdings sind im April d. J. in Waldeck auf Grund des § 15 des Gesetzes vom 7. Januar 1914 (Reg.-Blatt S. 18), betreffend die Desinfektion bei ansteckenden Krankheiten, in die dazu erlassenen Ausführungsbestimmungen folgende Vorschriften aufgenommen:

„Bei der Bedeutung, welche den Typhusbazillenträgern für die Verbreitung des Unterleibstyphus zukommt, wird zur Bekämpfung der von den Bazillenträgern ausgehenden Gefahr folgendes angeordnet:

a) Auf die Herstellung einer ordnungsmäßigen Abortanlage mit dichten, gut abgedeckten Abortgruben ist zu achten.

b) Wenn irgend angängig, soll im Abort stets ein mit reinem Wasser gefülltes Waschbecken, Seife, Bürste und Handtuch vorhanden sein, damit der Dauerausscheider nach jeder Stuhlentleerung sich die Hände mit Wasser, Seife und Bürste wäscht.

c) Auf die Benutzung von Klosettpapier sind die Bazillenträger besonders hinzuweisen.

d) Die schmutzige Leib- und Bettwäsche, sowie die Handtücher aus dem

Abort sind besonders aufzubewahren und dürfen erst nach Auskochen mit der übrigen Wäsche gewaschen werden.

e) **Vor jedesmaliger Leerung der Abortgrube muß der Abortinhalt desinfiziert werden."**

Der Fortschritt in dieser Bestimmung liegt darin, daß öffentlich die Maßregeln angeordnet werden, die in anderen Ländern den Typhusbazillenträgern durch die Kreisärzte mündlich, gewissermaßen vertraulich mitgeteilt werden sollen. Der schwache Punkt der Bestimmung ist jedoch, daß ein großer Bruchteil der Einwohner, namentlich der ländlichen, wegen Mangels entsprechender Aborteinrichtungen und ungenügender hygienischer Bildung von den sub b, c und d angeführten Dingen keinen Gebrauch wird machen können.

Ganz neuerdings hat in Nr. 19 dieser Zeitschrift Dr. von Hövell versucht, auf Grund einiger von ihm angeführter Fälle die Meldepflicht für Typhusbazillenträger als gesetzlich ausführbar hinzustellen. Man wolle den Artikel an der angeführten Stelle selbst nachlesen.

Alles in allem, ist die gesundheitspolizeiliche Behandlung der Typhusbazillenträger seitens der Behörden und Medizinalbeamten noch recht wenig geklärt. Es wird jedoch unentwegt an der Besserung dieses Zustandes gearbeitet werden müssen. Zunächst mit Kleinarbeit und zwar mit dem Ziel der Verminderung der Typhusfälle überhaupt. Wir wissen, daß die meisten Verkehrs-Ansteckungsfälle — Kontaktfälle — nicht aus der festgestellten Krankheitszeit herrühren, wo schon sorgsam desinfiziert wird, sondern aus den Tagen, wo nur der Verdacht auf Typhus rege ist, und das wird in jedem Falle sein, wo schon mehrfache oder Einzelerkrankungen in einer Wohnung stattgefunden haben, oder wo der Verkehr mit nachgewiesen Typhuskranken stattgefunden hat. Zunächst würden also die Staaten, in denen die Typhusverdachtfälle noch nicht meldepflichtig sind, die Meldepflicht für diese einzuführen haben. Sodann müßten die praktischen Aerzte dafür interessiert werden, auch die Verdachtsfälle so zeitig wie möglich anzuzeigen, behufs möglichst früher Einleitung der Desinfektion am Krankenbett.

Die Verhältnisse haben sich allerdings seit Erlaß der gesetzlichen Bestimmungen zur Bekämpfung gemeingefährlicher und übertragbarer Krankheiten so gestaltet, daß der behandelnde Arzt mehr oder weniger die Anordnung der Desinfektion, auch im Krankenzimmer, als eine gesundheitspolizeiliche Sache ansieht, die mit der Behandlung der Kranken selbst nichts zu tun hat. Man muß zugeben, daß eine gewisse Berechtigung zu dieser Anschauung nicht von der Hand gewiesen werden kann, obgleich sie m. E. zu beklagen ist. Um so mehr müssen die Personen und Behörden, denen die Pflege der öffentlichen Gesundheit obliegt, dahin wirken, daß

1. die Desinfektion, auch im Krankenzimmer, durch ausgebildete Desinfektoren und Pfleger so zeitig wie möglich ausgeübt wird. Die Ausbildung findet am besten in einer Des-

infektorenschule statt. Es genügt z. B. nicht zur Ausbildung eines Desinfektors ein gesuchter Arzt mit großen Kenntnissen und Erfahrungen zu sein, nein, wenn man einen Desinfektor ausbilden will, muß man selbst einen Kursus in der Desinfektion durchgemacht haben und die Handgriffe kennen. Was in dieser Hinsicht früher gesündigt und versäumt worden ist, ist jedem älteren Kreisarzte zur Genüge bekannt.

Wenn infolge einer gewissenhaften genauen Desinfektion der sämtlichen Abgänge eines Typhuskranken, seiner Wäsche, des Badewassers, seines Eßgeschirres, Bettzeuges, sowie der vom Desinfektor an sich selbst auszuübenden Reinlichkeit alles, von Abgängen, was aus dem Krankenzimmer kommt, unschädlich gemacht ist, dann kann eben nichts Ansteckendes mehr in die Gosse, in den Abort oder auf den Hof gelangen. Die Desinfektion dieser Oertlichkeiten wird dann nur noch als Vorsichtsmaßregel anzuwenden sein.

Hier liegt der Schwerpunkt in der Desinfektion der Sachen innerhalb des Krankenzimmers. Ein gut ausgebildeter gewissenhafter Desinfektor kann durch seine Tätigkeit viele Krankheitsfälle an Typhus verhüten.

Auch muß die Desinfektion, laufende und Schlußdesinfektion, auf allgemeine öffentliche Kosten stattfinden. Die Ausgaben dafür machen sich bezahlt durch höhere Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Orts- und Kreiseingesessenen. Man muß nur bedenken, daß jeder Typhusfall ungefähr 3 Monate aus dem Leben des betreffenden Erkrankten herausnimmt, indem er solange nicht erwirbt, sondern nur kostet, abgesehen von der Sorge und Not der Krankenpflege.

Es wird im Deutschen Reiche wohl auch noch einzelne Gegenden und Orte geben, in die selten ein Desinfektor hinkommt, und die nur wegen Mangel an Verkehr von übertragbaren Krankheiten bisher frei geblieben sind.

Also zur Bekämpfung der Typhusbazillenträger ist ein vermehrter gut ausgebildeter Bestand von Desinfektoren nötig. Je weniger Typhusfälle, desto weniger Typhusbazillenträger!

2. Wenn man in kleineren Städten, auch teilweise in größeren, die keine Wasserleitung haben, aufmerksam durch die Straßen geht, so kann man öffentliche Schachtbrunnen beobachten, deren Kranz oben in gleicher Höhe mit der Straße abschneidet, oder gar tiefer liegt, mithin bei jedem starken Regen, falls er nicht wasserdicht abgedeckt ist, durch einfließendes Regenwasser mit Pferde- bezw. Teilen von Hundekot und sonstigem Straßenunrat verunreinigt wird.

Man kann ferner oft beobachten, daß die offenen Gossen, die häufig über die Wölbung des Brunnenschachtes verlaufen, nicht wasserdicht abgepflastert sind. Ich habe einmal gelegentlich der Beschäftigung eines Brunnenmachers im Schacht eines solchen Straßenbrunnens aufgepaßt, und feststellen können, daß aus der daneben laufenden Straßengosse im Zeitraum von

durchschnittlich einer halben Minute durch das Erdreich unter der Gosse hindurch ein großer Tropfen Gosseninhalt in den Brunnen fiel.

Kommt nun, wie es Kreisarzt Dr. Bund im Aprilheft des vorigen Jahres schildert, hinzu, daß eine Bazillenträgerin regelmäßig täglich oder auch nur ein- bis zweimal ihren Urin so absetzt, daß Teile davon in den Brunnen geraten können, so ist, vom ersten Tage dieser Tätigkeit an gerechnet, nach 14 Tagen bis 3 Wochen zu erwarten, daß ein explosiver Ausbruch vieler Typhusfälle bei den Benützern dieses Brunnens eintritt.

Also die Brunnenkränze müssen höher sein, wie die Oberfläche der Straße, die bei dem Brunnen vorbeifließenden Gossen müssen gute Abflußverhältnisse haben und aus wasserdichtem Material bestehen, endlich sollte rings um jeden Brunnen eine mindestens meterbreite wasserdichte Decke gelegt werden, damit von oben keine Flüssigkeit eindringen kann. Man wird zunächst bei den öffentlichen Brunnen anfangen und von Fall zu Fall, sobald es die gesundheitspolizeilichen Forderungen verlangen, auch die privaten Brunnen in der genannten Weise sichern können.

3. Es sollte auch aus den Kliniken und sonstigen Krankenhäusern sowie aus Privatbehandlung kein Typhus-Genesener entlassen werden, der nicht ganz genau über das Wesen und die Gefahr der Typhusbazillenträger unterrichtet würde, aber unter anderer Betonung der Verhältnisse, wie es jetzt meist zu geschehen pflegt. Jetzt wird dem Genesenden gesagt: „Wenn du etwa Bazillenträger bleibst, so hast du dich so und so, wie es eben angeführt ist, zu verhalten, um andere Leute nicht in Gefahr zu bringen. Der Anruf des Altruismus wirkt viel weniger, wie die Betonung der Tatsache, daß auch der Bazillenträger bei mangelnder Reinlichkeit und Vorsicht für sich selbst eine Gefahr ist. Das hilft meist viel mehr und mahnt zur Vorsicht.

4. Endlich würde m. E. bei den Unterweisungen hygienischer Art in Gymnasien, höheren Lehranstalten, Fortbildungs- und Gewerbeschulen usw. dem Kapitel der Bazillenträger überhaupt, und im besonderen dem der Typhusbazillenträger eingehender Unterricht zu widmen sein.

Die Schüler würden dann durch die erworbenen Kenntnisse befähigt sein, das Wesen des Bazillenträgertums zu begreifen und nicht sofort denjenigen, von dem diese Eigenschaft bekannt wird, ächten, brandmarken und ihm dadurch die Erwerbsmöglichkeit beschränken.

Wir kommen vielleicht noch einmal dahin, daß den Typhusbazillenträgern, soweit sie bekannt werden, nur gewisse Berufe geöffnet bleiben, um das große Publikum vor ihnen zu schützen. Besser wäre es schon, wir könnten sie alle zu einer Stufe der Vorsicht und Reinlichkeit führen, die sie für sich und die Allgemeinheit ungefährlich erscheinen läßt.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Aufklärung der Todesursache durch Röntgenstrahlen. Von Dr. P. Fraenckel, Privatdozent an der Universität und Dr. H. Marx, Königl. Gerichtsarzt. Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik; Band 54, Heft 1—2.

Es handelte sich darum, die Todesursache an der Leiche eines vor 8 Jahren verschwundenen Mannes festzustellen. Die Leiche befand sich in sehr vorgeschrittenem Verwesungsstadium. Die Glieder waren größtenteils skelettiert; die Knochen hingen teils lose mit den Weichteilen zusammen, teils lagen sie frei neben der Leiche. Der Schädel war nahezu vollständig der weichen Bedeckungen beraubt und vom Rumpf getrennt. Die Halswirbelsäule war zerfallen. Die Weichteile waren in eine leichenwachsähnliche Masse umgewandelt und so zerstört, daß sich weder härtere Gegenstände durchfühlen, noch Verletzungsspuren nachweisen ließen.

Da die Obduktion am knöchernen Schädeldach keine Verletzungen ergab, auch im übrigen resultatlos verlief, so wurde die Leiche mit allen lose aufgefundenen Teilen nach der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde in Berlin transportiert. Die nunmehr vorgenommenen Röntgenaufnahmen ließen eine Reihe von Schrotkörnern erkennen, — es wurden im ganzen 27 gefunden — die in den Weichteilen des Halses und des Schädelgrundes sich befanden; ein Schrotkorn wurde festgestellt und gefunden im rechten Querfortsatz des dritten Halswirbels. Es konnte damit festgestellt werden, daß der Schuß von rechts hinten gefallen und der Tod wahrscheinlich durch Zerreißung der Halsgefäße eingetreten war. Die Richtigkeit des Gutachtens wurde durch das Geständnis des Täters bestätigt.

Eine Feststellung der Todesursache wäre ohne das Röntgenverfahren überhaupt nicht möglich gewesen. Dr. v. Mach-Bromberg.

Ueber die forense Bedeutung der Röntgenstrahlen. Von Dr. August Rintelen, Gerichtsarzt für Röntgen-Diagnostik und Therapie in Graz. Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik. Band 54, Heft 1—2.

Verfasser versucht den Nachweis zu führen, welche großen Vorteile und wichtige Hilfe in der Rechtsprechung sowohl dem Sachverständigen, wie auch dem Richter bei Verletzungen usw. eine Untersuchung mit Röntgenstrahlen bringen kann. Er weist dabei kurz darauf hin, bei welchen Fällen forensisch eine derartige Untersuchung von Bedeutung ist.

Die kleine Arbeit ist sehr lesenswert für den Sachverständigen und für den Richter. Dr. v. Mach-Bromberg.

Die Osteodiagnose des Alters des Todes. Von Prof. Vit. Tirelli-Turin. Archivio di Antropologia criminale, Psichiatria e Medicina legale; 1913, Heft 5.

Verfasser stellte weitere Untersuchungen an Fingerphalangen an (s. diese Zeitschrift 1913, S. 22). Die Knochen hatten 2—3 Jahre in der Erde oder im Wasser gelegen oder waren in der Luft aufgehängt gewesen. Die Veränderungen waren in bezug auf das makroskopische Aussehen am stärksten bei den in der Erde gehaltenen Knochen, am geringsten bei Einwirkung der Luft. Histologisch waren die Veränderungen am geringsten bei der Einwirkung von Wasser. Es kommt indes sehr wesentlich auf der Zusammensetzung der Medien, namentlich von Erde und Luft (Wassergehalt!) an, weshalb die Reihenfolge der Veränderungen leicht eine andere werden kann. Der praktische Wert dieser Untersuchungen ist zunächst nur ein geringer.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Temperaturmessungen an Leichenorganen. Von M. Richter. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1914, Nr. 11 und 12.

In forensischen Fällen ist die Bestimmung des Zeitpunkts des erfolgten

Todes einer Person für den ärztlichen Sachverständigen bisweilen zu begutachten.

Alle Hilfsmittel, die dem Sachverständigen in solchen Fällen zur Verfügung stehen, wie Berücksichtigung des Abkühlens der Leiche, Konstatierung des Grades und der Ausbreitung der Totenstarre, das Verhalten der Totenflecke, Trübung der Hornhäute u. dergl. mehr sind immer mit großer Vorsicht zu verwerten. Bei dem Forschen nach anderweitigen Hilfsmitteln für die Bestimmung der Todeszeit kommt zunächst die Temperatur der Leiche in Betracht. Gegenüber der unsicheren Bestimmung der Haupttemperatur bietet die Messung der inneren Organe größere Sicherheit.

Nach Schilderung seiner vielen und eingehenden Versuche, die im Original nachzulesen sind, gelangt Verfasser zusammenfassend zu dem Schlusse, daß der Temperaturausgleich zwischen den einzelnen Leichenmengen und dem die Leiche umgebenden Medium ungleichmäßig erfolgt, daß namentlich das Gehirn viel rascher abkühlt als die anderen Organe, daß man bei Berücksichtigung der sonstigen in Betracht kommenden Umstände aus dem Temperaturabfall der einzelnen Organe und den Temperaturdifferenzen zwischen den Organen in geeigneten Fällen Schlüsse auf die Zeit des Todes wird ziehen können, endlich, daß Temperaturmessungen an Leichenorganen vielleicht auch für die Diagnose einzelner Todesarten brauchbar sein werden. Dr. Dörschlag-Bromberg.

Ein Fall von versuchtem Selbstmord durch Schnittwunden am Halse. Von Dr. R. Romanese-Turin. Archivio di Antropologia criminale, Psichiatria e Medicine legale; 1913, Heft 6.

Ein 23jähriger Mensch, früher in einer Irrenanstalt befindlich, hatte sich in seiner Stube eingeschlossen und mit je einem Rasiermesser in jeder Hand sich den Hals durchzuschneiden versucht. Dabei gestört, stürzte er sich aus dem Fenster und wurde mit zertrümmerten Schädel tot aufgefunden. Die Halsschnittwunden befanden sich an der rechten Seite, waren große, parallel verlaufende, glatte, quere Wunden, die offenbar zu gleicher Zeit beigebracht wurden. Die tiefere der beiden Wunden war vermutlich mit der rechten Hand ausgeführt. Der Selbstmörder war nicht linkshändig.

In analogen Fällen können zur Entscheidung der Frage, ob Mord oder Selbstmord anzunehmen ist, sowie mit welcher Hand die Wunden beigebracht sind, die Richtung der Schnittführung und die Tiefe der Wunden Aufschlüsse geben. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Kaliumpermanganatvergiftung mit tödlichem Ausgange. Von Dr. E. Adler, Sekundärarzt. Aus der I. med. Abt. des Allgemeinen Krankenhauses in Wien (Vorstand: Prof. Pal). Mediz. Klinik; 1914, Nr. 33.

Eine Badedienerin nahm in selbstmörderischer Absicht etwa 10 g Kaliumpermanganat in fester Substanz. Exitus nach 90 Stunden. Als bisher nicht beobachtete Folge der Giftwirkung trat Apnoe ohne Zyanose auf, die Verfasser geneigt ist, auf die Sauerstoffabgabe des resorbierten Kaliumpermanganats zurückzuführen, im Gegensatz zu Kobert. Der tödliche Ausgang war nicht die unmittelbare Folge der Kaliumpermanganatvergiftung, sondern der durch diese bedingten Komplikationen. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Vergiftung durch Chinintabletten. Von H. Pecker, Journ. de pharm. et de Chimie. Ref. in The journ. of the am. med. ass.; 1914, LXII, Nr. 12.

In Algier werden unter Aegide der Regierung Chinintabletten zur Malariaprophylaxe verkauft, die eine Zuckerhülle tragen und durch Karmin rot gefärbt sind. Ein 7jähriger Knabe nahm 45 solcher Tabletten zu sich, die insgesamt 6,6 g des Alkaloids enthielten. Der Tod trat schnell ein, nachdem Brechreiz, Bewußtlosigkeit und Krämpfe vorausgegangen waren. Die schnelle Resorption des Mittels, das in so lockender Form genommen wurde, war für den unglücklichen Ausgang maßgebend. Dr. Mayer-Simmern.

B. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

Desinfektion und Bekämpfung der Fliegen- usw. Plage.

Aus der Desinfektionspraxis. Von Oberinspektor Wolbeky-Dresden. Der prakt. Desinfektor; 1913, Nr. 12.

Der Verfasser stellt die reichs-, landes- und ortsgesetzlichen Bestimmungen über die Bekämpfung gemeingefährlicher wie sonstiger ansteckender Krankheiten gegenüber, bespricht ihre tatsächliche Ausführung und betont besonders die Bedeutung der fortlaufenden Desinfektion aus folgenden Gründen:

1. Bei gewissenhaft durchgeführter fortlaufender Desinfektion wird die Weiterverbreitung der Ansteckungsstoffe unterbunden.
2. Die Kosten der Schlußdesinfektion werden auf etwa $^1/_3$ zu beschränken sein.
3. Durch Aufrechnen einer geringen Krankenziffer und daraus resumierenden verminderten Zahl der Krankheitstage wird das Volksvermögen gestärkt.
4. Das große Publikum wird über den Ernst bei der Pflege ansteckender Kranker aufgeklärt und zur Sauberkeit erzogen.

Um eine Besserung herbeizuführen, weist er auf folgende Punkte hin:

1. Zu kurze Lehrzeit der Desinfektoren; es sollten Desinfektoren nur dann zu Kursus und Prüfung zugelassen werden, wenn sie eine mindestens 6 bis 12monatige praktische Tätigkeit in einer größeren, gut geleiteten Desinfektionsanstalt nachzuweisen vermögen.
2. Zu geringer Verdienst; es fehlt eben zurzeit noch jede gesetzliche Regelung der Bezüge, wie sie z. B. der Hebammenstand besitzt.
3. Das Fehlen einer gesetzlichen Desinfektionsordnung, die das Verhalten der Desinfektoren regelt und das Verhältnis zwischen beamtetem Arzt und Ortsbehörde einerseits, dem Desinfektor und der von ihm zu fordernden Arbeit anderseits festsetzt und ihm regelmäßigen und auskömmlichen Erwerb sichert.

Würden diese drei Punkte berücksichtigt, so dürfte jede Klage über mangelhafte oder leichtfertige Arbeit verschwinden und Gesetz wie Ausführungsweise übereinstimmen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Prüfung der Dampfdesinfektion im Betriebe. Von Stabsarzt Dr. Kunows. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 75.

Verfasser hat einen einfachen und handlichen Apparat konstruiert, der es ermöglichen soll, in leichter Weise ohne Zuhilfenahme der biologischen Methode den Betrieb eines Dampfdesinfektionsapparates einmal darauf zu kontrollieren, ob die erforderliche Temperatur von 100° C. erreicht war und zum anderen, ob das Bedienungspersonal diese Temperatur die erforderliche Zeit von 30 oder 60 Minuten im Desinfektionsapparat hat herrschen lassen. Der Kontrollapparat, der im Desinfektionsapparat aufgehängt wird, besteht aus einem besonders geeichten thermometerartigen Instrument, das auf besondere Art so isoliert ist, daß an den Marken der Skala unmittelbar abgelesen werden kann, ob eine Temperatur von 100° C. 30 bezw. 60 Minuten in der Desinfektionskammer geherrscht hat. Der Kontrollapparat wird durch einen besonderen Schlüssel so verschlossen, daß er von dritter Hand nicht geöffnet werden kann. Er kann also von der Aufsichtsstelle dem Desinfektor zur Kontrolle übergeben werden und es kann nach stattgehabter Desinfektion zu beliebiger Zeit festgestellt werden, ob eine Temperatur von 100° C. 30 bezw. 60 Minuten lang eingewirkt hat. Der Apparat wird von der bekannten Firma Paul Altmann-Berlin hergestellt. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Formaldehyd-Vakuum-Desinfektionsapparate. Von Dipl.-Ing. Hans Krüger-Berlin. Gesundheits-Ingenieur; 1914, Nr. 5.

Beschreibung technischner Verbesserungen an dem „Neuen Henneberg-schen Desinfektor“ (Fabrik Rud. A. Hartmann-Berlin), der als Universal-Apparat — für Formaldehyd-, Vakuum- und Dampf-Desinfektion — auf dem Truppenübungsplatz Döberitz in Gebrauch ist. Der neue Apparat, fahrbar konstruiert, mit einer Fassung von ca. 3,5 cbm und einem Gewicht von ca. 3000 kg wurde von der preußischen Heeresverwaltung angekauft.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Ueber die Tiefenwirkung von Formaldehyddämpfen in Dampfdesinfektionsapparaten mit und ohne Einwirkung verminderten Luftdruckes. Von Stabsarzt Dr. Otto Mayer-Landau. Gesundheits-Ingenieur; 1914, Nr. 6.

Die Prüfung des Hennebergschen Apparates, Syst. „Döberitz" und des Formalin-Vakuumdampfdüsendesinfektor „Syst. Weimar 1912" ergab nicht regelmäßig Abtötung der Sporen von 11 und 13 Min. Resistenz und eine verhältnismäßig geringere Tiefenwirkung als die Dampfdesinfektion. Die Sicherheit der Wirkung nimmt mit steigender Temperatur zu. Die Bedienung ist ziemlich einfach, der Preis der Apparate 4500—5500 Mark.

Versuche, durch einfache Formaldehyd-Wasserverdampfung in geschlossenen Metallkästen oder gewöhnlichen Dampfdesinfektionsapparaten ohne Vakuum mittels der Dieudonné-Langschen Formalin-Des.-Lampe denselben Erfolg zu erzielen, ergaben unter bestimmten Versuchs-Bedingungen „eine beträchtlichere Tiefenwirkung wie in den zurzeit vorhandenen Formalin-Vakuumapparaten". Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Beitrag zur Kenntnis der Desinfektionswirkung des Formaldehyd unter Zugrundelegung des Autan. Von Dr. Hugo Kühl-Kiel. Gesundheits-Ingenieur; 1914, Nr. 8.

Als ein Vorzug der Autandesinfektion gilt die explosiv erfolgende Formaldehydentwicklung und natürlich die Unabhängigkeit von einer Apparatur. Verfasser prüfte nun die Desinfektionswirkung des Autan und der gewöhnlichen Formalin-Verdampfung bei gleichen Formaldehydmengen und Einwirkungszeiten (7 Stunden) und fand Autan eher überlegen. Die Wirkung der Formaldehyddesinfektion im Raume und die Tiefenwirkung hängen wesentlich ab von der Zeitdauer, in der keine Kondensation der Wasserdämpfe eintritt, die Wirkung auf die im Raume befindlichen festen Gegenstände von der Menge des verdampften Formaldehyds (Niederschlag als wässrige Lösung). Bei höherer Temperatur (Krankenzimmer während der Desinfektion stark heizen) und etwas reichlicher bemessener Formaldehydmenge ist der Erfolg gut. Eine verstärkte Autandesinfektion (auf 25 cbm eine 30 cbm Autanpackung empfiehlt sich immer) vernichtet bei 7stündiger Dauer Penicillium glauc., also wohl alle niederen pflanzlichen Organismen. In einer Mehlprobe (etwa 2 cm hohe Schicht) mit Eiern, Puppen, Larven und Käfern (Calandra granaria) gelang bei 35—40° C. und 8stündiger Einwirkung die vollständige Vernichtung der Schädlinge, nicht aber durch Formaldehyd-Wasserdampfdesinfektion bei Zimmertemperatur (wahrscheinlich Kondensation der Wasserdämpfe und daher geringe Tiefenwirkung). Bei 7stündiger Desinfektionsdauer ist Ammoniakentwicklung entbehrlich. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Ueber die Desinfektionswirkung des Phobrol gegenüber tuberkulösem Sputum. Von Dr. Hugo Kühl-Kiel. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1914, Nr. 3.

Den Inhalt der Arbeit faßt Verfasser zusammen in den Satz, daß 10°/₀ Phobrol unter allen Umständen zur Desinfektion des Auswurfs ausreichen, wenn dafür gesorgt wird, daß eine innige Mischung des Phrobol mit den Schleimmassen erfolgt, — und daß 8°/₀ Phobrol unter den gleichen Bedingungen genügen bei mindestens sechsstündiger Einwirkung.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Pyricit, ein neues Desinfektionsmittel für die Schlachthofpraxis. Von Oberveterinär Dr. med. vet. E. Zahn. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt; 47. Bd., 1. H.

In 3proz. wässeriger Lösung wirkt Pyricit (= Natriumbisulfat + Borfluornatrium) etwa ebenso stark bakterizid wie 3proz. Kresolschwefelsäure, auf Milzbrandsporen etwas stärker als diese und Karbolsäure. In eiweißhaltigen Mischungen (Serum, Kot) war die Wirkung schwächer. Metalle, Gummi, Leder werden nicht nennenswert beschädigt. Die bakterizide und geruchvermindernde Wirkung, die geringe Giftigkeit (ca. 0,1 g pro kg Meerschweinchen) und fast völlige Geruchlosigkeit machen Pyricit geeignet zur Anwendung in Schlacht-

hallen, Kühlräumen, Nahrungs- und Genußmittelräumen. Bei Milzbrandsporen und Tuberkelbazillen läßt man 5 proz. Lösung 24 Stunden einwirken. Mit Fleisch darf es wegen seines Gehaltes an Bor- und Fluorwasserstoffverbindungen nicht in Berührung kommen (Fleischkonservierung!). Preis pro kg 2,50 M. Kresolschwefelsäure pro Liter 0,80 M. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Ueber die Wirkung von Saponin als Zusatz zu Desinfektionsmitteln. Zentralblatt für Bakteriologie; 1914, 1. Abt., Orig., Bd. 73, H. 3.

Saponin selbst ist kein Desinfektionsmittel, verfällt vielmehr selbst leicht bakterieller Zersetzung. Die Desinfektion befördernde Wirkung erwartet man von einer großen Benetzungsfähigkeit, die dem Desinfektionsmittel den Zutritt zu den Bakterienleibern erleichtern soll.

Zu den Versuchen wurden Bakterien in Oel-Emulsion verwendet; in dieser Flüssigkeit sind sie weit widerstandsfähiger, als in wässriger Aufschwemmung. Karbol, Lysol und Formalin erwiesen sich in Gesellschaft von Saponin wirksamer als allein. Dagegen schwächte das Saponin die keimtötende Kraft von Silbernitrat und Sublimat ab. Dr. Hutt-Langenbielau.

Ueber die desinfizierende Wirkung des Temperol-Emaillelack und seine Widerstandsfähigkeit gegenüber Desinfektionsmitteln. Von Dr. H. Kühl-Kiel. Der prakt. Desinfektor; 1914, Nr. 1.

Die untersuchten Temperol-Emaillelacke genügen den Anforderungen der Hygiene und sind sehr geeignet zur Herstellung leicht desinfizierbarer Wandflächen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Zur Kenntnis der Wirkungen kresolhaltiger Desinfektionsmittel (Saprol, Lysol, Kreolin) und des Petroleums bei Tieren. Von Prof. Dr. E. Rost-Berlin. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt; 1914, 47. Band, 2. Heft.

Auf Wassertiere entfalten kresolhaltige Desinfektionsmittel mäßige Giftwirkungen, während das Petroleum fast ganz unschädlich ist. Im Interesse des Tierschutzes lassen sich also gegen die Verwendung dieser Stoffe zum Ueberschichten von stehenden Gewässern bei der Mückenbekämpfung keine Bedenken erheben. Dr. Hutt-Langenbielau.

Naturschutz und Mückenbekämpfung. Versuche über die Einwirkung zur Vernichtung von Mückenlarven dienender Flüssigkeiten auf Wassertiere und Vögel. Von Prof. Dr. A. Schubert, Reg.-Rat im Kaiserlichen Gesundheitsamt. Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte; 1914, 47. Bd., 2. H.

Aus den Kreisen der Tierliebhaber, des Natur- und Vogelschutzes war Widerspruch erhoben worden gegen die Anwendung von chemischen Mitteln zur Bekämpfung der Mückenplage, da sie schädigend auf Wasser-Fauna und -Flora, Vögel und Säugetiere wirken sollten. Bekanntlich überschüttet man zur Vernichtung der Mückenbrut Tümpel etc. mit Petroleum, Saprol u. a., 15—20 cm^3 auf 1 qm Wasseroberfläche. Das Absterben von Larven und Puppen erfolgt dann, wenn ihnen die deckende Schicht die Aufnahme des Luftsauerstoffes, den sie zur Atmung benötigen, unmöglich macht. Sch. prüfte z. T. mit größeren — bis zehnfachen Mengen Petroleum — als den vorschriftsmäßigen Mengen die Wirkung der gebräuchlichen Mittel an niederen Krebsen, Wassermilben, Insekten, Schwaben, Amphibienlarven, gelegentlich auch an Karauschen, Sperlingen, Amseln, Goldammer, Hühner und Enten mit dem Ergebnis, daß die Petrolisierung keinerlei Nachteile auf die Versuchstiere nach sich zog; es vernichtet nur solche Wassertiere, deren Atmungsöffnungen es verstopfen kann. Aus Versuchen von Rost geht hervor, daß auch auf Säugetiere Petroleum in den verwandten Mengen nicht schädigend einwirkt. Saprol, phenolfreies Saprol entfalten Giftwirkung (Gehalt an Kresol), die in 3—4 m Wassertiefe aufhört; Larviol A und B sind weniger gefährlich, ihre Wirkung hört bei etwa 0,5 m auf.

Durch die Versuche ließen sich somit keine Schädigungen der Vögel und Säugetiere durch Mengen von Petroleum und Saprol, wie sie bei der Mückenbekämpfung zur Ueberschichtung des Wassers benutzt werden, nachweisen. Auch

aus der Praxis liegen keine Beobachtungen vor, die eine Beeinträchtigung der einheimischen Vogelwelt, des Wildes und der Haustiere beweisen.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Ueber die weitere Vervollkommnung des Mückensprayverfahrens (Konspersionsmethode). Von G. Giemsa. Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene; 1914, Bd. 18, H. 1.

Zusammenfassend ergeben sich aus den bisherigen Versuchen G. folgende für die praktische Stechmückenbekämpfung und für ein erfolgreiches Weiterarbeiten auf dem Gebiete verwertbaren Tatsachen:

1. Seifen bilden eine sehr wertvolle Grundlage für kulizide Konspersionsflüssigkeiten.

2. Ein voller Erfolg wurde bei Laboratoriumsversuchen u. a. mit folgenden Lösungen bezw. Gemischen erzielt:

a) 50 ccm Spirit. sapon. kalin. des Deutschen Arzneibuches mit 1 Liter Wasser vermischt;

b) 15 g medizinische Seife (Sapon. med. plv. des Deutschen Arzneibuches) in 1 Liter Wasser gelöst;

c) 9 ccm Spirit. sapon. kalin. mit 1 Liter Wasser und 24 g käuflichem (35 proz.) Formalin vermischt;

3. Mit Hilfe von 60 proz. Alkohol läßt sich auf dem Wasserbade eine zur schnellen Bereitung der Sprayflüssigkeit sehr gut geeignete 33 proz. Stammlösung von Sapon. med. pulv. herstellen.

4. Zum Verdünnen aller seifenhaltigen Stammlösungen ist weiches Wasser — wenn vorhanden, Regenwasser — zu verwenden. Bei Benutzung von Wässern mit mehr als 15 deutschen Härtegraden wird ein voller Erfolg voraussichtlich erst nach Zusatz etwas größerer Mengen von Stammlösung zu erwarten sein.

5. Formaldehydhaltige Seifenlösungen wirken ganz besonders energisch auf Stechmücken ein. In stärkerer Konzentration auf Stuben- und Stallfliegen (Musca domestica und Stomoxys) versprüht, töten sie auch diese ab und kommen möglicherweise auch für die Vernichtung größerer krankheitsübertragender Stechfliegen (Glossina morsitans und Glossina palpalis), eventuell auch für die von anderem Ungeziefer (Zecken?) in Betracht.

6. Da formaldehydhaltige Seifenlösungen bekanntlich auch stark bakterizid sind, wird ihre Anwendung besonders dort angezeigt sein, wo neben der mückentötenden Wirkung auch eine desinfizierende angestrebt wird.

7. Von den stark und nachhaltig riechenden kresol- oder kresolseifenhaltigen Mischungen haben die gleichfalls riechenden formaldehydseifenhaltigen den Vorzug, daß sich der Formaldehydgeruch durch nachherige Behandlung der Räume mit Ammoniak beseitigen läßt.

8. Die erwähnten Mittel zeichnen sich durch einen so niedrigen Preis aus, daß deren allgemeinste und intensivste Anwendung ermöglicht wird.

Dr. Dohrn-Hannover.

C. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Schulhygiene.

Ueber augenärztliche Schuluntersuchungen im Fürstentum Lippe. Von Augenarzt Dr. Pape-Detmold. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1914, Heft 3.

Verfasser berichtet über die Ergebnisse des Versuchs der Regierung, alle augenkranken Kinder des Landes zu ermitteln und der Behandlung zuzuführen. Mit Hilfe der Volksschullehrer, denen dafür eine besondere Anleitung zuteil wurde, wurden im Sommer 1911 unter den 25700 Schulkindern des Fürstentums zunächst 2053 als augenkrank ermittelt. Der danach eingeleiteten augenärztlichen Untersuchung stellten sich 1548, von denen 252 als eingebildete Augenkranke sofort ausgeschieden wurden, so daß 1296 Kinder blieben, über deren Krankheiten Verfasser des näheren berichtet. Auffallend ist die enorme Verbreitung des Astigmatismus (403 mal), die sehr geringe Verbreitung des Trachoms (3 mal)); Kurzsichtigkeit fand sich in einigen Landschulen bei sehr jungen Kindern in sehr starker Form, vielleicht als eine Inzuchterscheinung;

es wurde auch in 255 Fällen Uebersichtigkeit festgestellt; diese Kinder waren schon wiederholt vom Lehrer wegen schlechten Lesens und Schreibens, wegen Nichteinhaltens der Linie beim Schreiben, ungerechterweise bestraft worden. Bei 169 Kindern fand sich als alleinige Ursache der Augenbeschwerden Blutarmut, Nervenschwäche oder Skrofulose. — Das Interesse sowohl der Bevölkerung, als auch ganz besonders der Lehrerschaft war bei diesen Massenuntersuchungen ein sehr reges. Dr. Solbrig-Königsberg.

Vorschläge für die Organisierung der Schulzahnpflege in größeren Städten mit besonderer Berücksichtigung Münchens. Von Privatdozent Dr. Kantorowicz-München. Schulzahnpflege; 1914, Nr. 6.

Der Verfasser verlangt völlige Dezentralisierung, Verlegung der Zahnbehandlung in die Schulen während der Schulzeit bei einheitlicher Leitung. Die Vorteile dieses Systems seien: Verminderte Organisationsarbeit gegenüber der reinen Zentralklinik, Wegfall aller Weg- und Zeitversäumnisse, Uebergang der Autorität der Schule auf die Klinik, dadurch Veranlassung für die Kinder, sich dauernd, nicht nur solange Schmerzen bestehen, der Zahnpflege anzuschließen, geringe Störung des Unterrichts, verminderte Belastung der Lehrkräfte. Als greifbarer Gegenwert des Abonnements wird die unentgeltliche Gewährung von Zahnpulver empfohlen, um eine gewisse Garantie für dauernde Zahnpflege zu erhalten. Die Vorteile der reinen Zentralklinik, die Möglichkeit einheitlicher Leitung der wissenschaftlichen Verwertung des Materials und seiner statistischen Durcharbeitung der Prüfung der verwendeten Materialien werden gleichfalls durch die vorgeschlagene Errichtung einer kleineren Klinik neben einer größeren Schule gewährleistet. Der Betrieb würde durch die Dezentralisierung nicht teurer werden, da gemeinsame Wäsche, Materialbezug usw. durch die Zentralstelle besorgt wird. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Jahresbericht des englischen Unterrichtsamtes für 1912. Von Sir George Newman, Chief med. off. of the board of education. Referiert in The journ. of state med.; 1914, XXII, Nr. 4, und in Public health; 1914, XXVII, Nr. 7.

Die durch das Gesetz von 1907 vorgeschriebene Einrichtung von Schulärzten ist nunmehr bei sämtlichen 317 Ortsunterrichtsbehörden durchgeführt. 6 Millionen Kinder in England und Wales genießen die Vorteile dieser Einrichtung; in Tätigkeit sind mehr als 1000 Schulärzte, über 700 Schulschwestern. Von den Kindern hatten etwa 10% Augenfehler, 1—3% Ohrenfehler, 1—3% Ohreneiterung, 1% Tuberkulose, 1% Zerpestonsurans, 10% adenoide Vegetationen, 30—40% Herzleiden; über 50% waren zahnkrank. Der Londoner Grafschaftsrat sorgt allein für die ärztliche Behandlung von 84000 Kindern jährlich; mehrere Tausend werden in Krankenhäusern und durch Aerzte in allen Teilen des Landes behandelt. Es gibt 140 Schulkliniken, 350 Sonderschulen für blinde, taube, körperlich und geistig defekte Kinder und viele Sanatoriumschulen. Außer in Elementarschulen hat die Einführung der Schulärzte auch in Mittelschulen Fortschritte gemacht. Auch von diesen Schülern leiden in manchen Bezirken 5% an Unterernährung. Mit der Gewährung eines freien Mittagmahls hat die Besserung des Allgemeinbefindens dieser Kinder ebenfalls Fortschritte gemacht. Mit dem Eintreten gut genährter Elementarschüler in die Mittelschulen werden sich mit der Zeit Aenderungen ergeben.

Für die Feststellung der Frühstadien der Tuberkulose sollte eine einheitliche Formulierung der diagnostischen Methoden von der Zentralbehörde festgelegt werden; die Schulärzte haben zurzeit noch zu großen Spielraum für persönliche Auffassung. Auch die Veröffentlichung von standard tests für die Diagnose geistig defekter Kinder ist empfehlenswert. Die Tagshilfsschulen sollten nur für Kinder mit heilbaren Mängeln dienen und auf zurückgebliebene Kinder beschränkt bleiben. Für Kinder mit dauernden Defekten sind dagegen andere Fürsorge- und Kontrolleinrichtungen notwendig.

Der Wert der Schulärzte hat auch in der Oeffentlichkeit immer größere Anerkennung gefunden. Sie treten zu den verschiedensten Behörden in Beziehung; mit den Gewerbeärzten in bezug auf die Fürsorge nach der Schule, mit den Ausschüssen des Versicherungsgesetzes dann, wenn die Angehörigen von Ver-

sicherten Unterstützung bekommen, bei Tuberkulose schulpflichtiger Kinder, die von den insurance committees Beisteuer erhalten dürfen.

Dr. Mayer-Simmern.

Ein Wort gegen die Verschwendung beim Schulhausbau. Von Prof. Nußbaum. Hygiene; 1913, Nr. 16/17.

In volkswirtschaftlicher und hygienischer Hinsicht ist jede Vergeudung beim Schulhausbau übel angebracht. Die Gestaltung und Ausstattung des Hauses muß den schultechnischen und den gesundheitlichen Ansprüchen genau angepaßt werden. Auch der Schönheitssinn soll zu seinem Rechte kommen. Aber jedes Uebermaß in der Raumbemessung ist zu meiden; die Bauart sollte derart gewählt werden, daß Wände, Zwischendecken und Dach mit dem denkbar niedrigsten Kostenaufwande zweckentsprechend hergestellt werden können. Das Schulhaus muß Lichtfülle bieten, Trockenheit, günstige Wärmeverhältnisse zu jeder Jahreszeit und Ruhe. Diesen Ansprüchen soll jene Bauweise gerecht werden. Monumentalbauten von Jahrhunderte überstehender Dauer eignen sich nicht für diesen Zweck. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Schulbauten in England, mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulosevorbeugung. Vortrag auf dem Pariser Kongreß des Royal institute of public health. Von S. Barwise, D. P. H., med. off. of health, County of Derbyshire. The journal of state medicine; 1913, XXI, Nr. 11.

Vor 1902, dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des englischen Unterrichtsgesetzes, legten die Architekten bei Schulbauten das Hauptgewicht darauf, daß eine möglichst geringe Zahl von Lehrern in den Schulen eine möglichst große Arbeit zu leisten imstande sei. Als Typus galt das Zetralhallensystem: Eine große Mittelhalle diente zu Versammlungen, körperlichen Uebungen und Konzerten; die verschiedenen Schulklassen waren ringsherum gruppiert. Die Folge war eine ungenügende Lüftung der einzelnen Klassenzimmer. Die Berichte der seit 1907 von den Unterrichtsbehörden angestellten Schulärzte betonten diesen Mangel einstimmig. Nun waren die Kosten, um in der Stunde pro Kind durch Maschinen 1500—2000 Kubikfuß Luft in die Zimmer einzuführen, außerordentlich groß. Es gelingt allerdings durch Leeren der Schule, durch Oeffnen der Türen und Fenster in weniger als 10 Minuten auch in den schlechtesten Schulen die CO_2 von 2 ‰ auf 0,6 ‰ herunterzubringen. Besser aber war die allmähliche Abschaffung des Zentralhallensystems. Lüftet man die Räume durch passende Ventilatoren und Fenster ausreichend, so ist auf die Heizung der Schulen ein besonderes Gewicht zu legen. In den Schulen von Derbyshire hatte man anfänglich 20 Quadratfuß Heizfläche (Niederdruckheißwasserröhren und Radiatoren) auf 1000 Kubikfuß Inhalt; es bedurfte einer Steigerung auf 28 Quadratfuß und mehr. Dort, wo die Luft das Zimmer verläßt, ist die Wärme unnütz verschwendet; der Wind schlägt aber in England außerordentlich leicht um. Der Lehrer kann nicht jedesmal einen Radiator anstellen und den anderen abstellen, wenn der Wind eine andere Richtung annimmt. Es bleibt daher nur die Möglichkeit, wenn die Kinder kühle, frische Luft einatmen sollen, den Boden des Klassenraumes angenehm warm auch bei kalter Witterung zu machen. Die Einführung von Dampf wie in französischen Eisenbahnwagen durch in den Boden gelegte Röhren nach der Methode von Ch. Bourdon erscheint empfehlenswert.

Das gegenwärtige System: Kinder zum Besuche überfüllter, staubiger Schulen zu zwingen, zu warten bis sie an Tuberkulose erkranken, sie dann in eine Lungenheilstätte zu senden, muß einem neuen weichen: der Einführung von Freiluftschulen. Dr. Mayer-Simmern.

---

2. Fürsorgeerziehung.

Aerztliches zur Zwangs- (Fürsorge-) Erziehung der verwahrlosten und kriminellen Jugend. Von Dr. Julius Moses-Mannheim. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1914, H. 2.

Im Verlaufe der Entwicklung des Zwangserziehungswesens ist die Forderung nach einer Verstärkung der ärztlichen Mitarbeit immer dringender ge-

worden. Zweifellos hat sich die ärztliche Untersuchung für viele der verwahrlosten und straffälligen Jugendlichen als eine Wohltat erwiesen, denn sie deckt die gesamte körperliche und geistige Beschaffenheit der Jugendlichen auf und bildet eine unentbehrliche Ergänzung zu den anderen Feststellungen und Aufnahmen. Die Außenumstände, die Ungunst der häuslichen Verhältnisse, bedingen nicht allein die Verwahrlosung der Jugendlichen, viel schwerer wiegt die normwidrige Anlage. Verfasser gibt ein kurzes Bild von den schwersten moralischen Abartungen, um dann die leichteren Fälle zu besprechen, die sich in geschlechtlichen Vergehungen, in Müßigkeit, im Wandertrieb und im Diebstahl äußern. Die Erziehungsarbeit wird nur dann Erfolge haben, wenn sie die Masse der jugendlichen Anwärter für die Zwangserziehung gruppiert, Gesundes vom Krankhaften trennt und in der Erziehung individualisiert.

Dr. Solbrig-Königsberg.

---

3. Soziale Hygiene.

Die Sicherung der Volksmehrung. Von Geh. Reg.-Rat Dr. Mayer-Berlin. Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik am 23. April 1914. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1914, Nr. 11, 12, 13.

Die Sicherung der Volksmehrung ist nicht gleichbedeutend mit einer Vermehrung der Geburtenzahl. Die Volksvermehrung kann auch durch vermehrte Erhaltung der Geborenen herbeigeführt werden. Zur Erhaltung der Geborenen kann viel getan werden; dadurch mehrt sich auch eine starke gebär- und zeugungsfreudige Bevölkerung. Die Maßnahmen hierzu lassen sich in sechs Gruppen teilen; die erste betrifft das Wochenbett, die zweite: Erhaltung der unehelichen Kinder, die dritte: Ertüchtigung der Jugend überhaupt, die vierte: Vermehrung der Ehen, die fünfte: Bekämpfung der Kein-Kind-Ehen, der Ein-Kind-Ehen und der Zwei-Kinder-Ehen, und endlich die letzte: Erleichterungen für kinderreiche Ehen.

Zur ersten das Wochenbett betreffenden Gruppe gehören Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, Mutterschaftsversicherung, Reform des Hebammenwesens usw. Besonders seien noch erwähnt: Stillstuben, Hauspflegevereine und dergleichen.

Für Erhaltung der unehelichen Kinder kommen in Betracht: Die Beaufsichtigung der Zieh- und Haltekinder, Einrichtungen für Berufs-Vormundschaften, Säuglingsheime, Genossenschaft für Mutter- und Kinderrecht, Heime für alleinstehende Frauen mit Kind.

Bei der dritten Gruppe, der Ertüchtigung der Jugend, stehen im Vordergrunde die Durchführung der Familienversicherung seitens der Krankenkassen, Einrichtung von Krippen, Kindergärten, Kinderhorten, Kinder-Volksküchen, Schülerspeisungen, Walderholungsstätten und Ferienkolonien, Kochunterricht für Mädchen, Erholungsmöglichkeiten, Volksparks, Volksgärten, Spielplätze, Turn- und Sporthallen, Bade- und Rudergelegenheiten, überhaupt alles, was eine harmonische Verbindung der Ausbildung der Seelen- und Körperkräfte bedeutet. Es wird auch in Erwägung zu ziehen sein, den Berechtigungsschein zum einjährig-freiwilligen Militärdienst nur dann zu erteilen, wenn die geistige Ausbildung durch eine angemessene körperliche ergänzt wird; denn wie von gesunden Mädchen, wird auch von gesunden Männern eine gesunde Nachkommenschaft erwartet.

Bei der Vermehrung der Ehen ist der Junggesellensteuer gedacht, die natürlich nicht zu betrachten wäre als eine Strafe für Nichtbeirat, sondern als eine dem Junggesellen selbst angenehme Gewissensbefreiung, damit sie in der Form von Beiträgen anderen die Last der Volksvermehrung erleichtern.

Behufs Bekämpfung der Kein-, Ein- und Zwei-Kind-Ehen fordert Verfasser unentgeltliche Krankenhausbehandlung Geschlechtskranker. Weiter müßten Prämien für das 3., 4. usw. Kind gezahlt werden in Form einer Kinderversicherung. Hauptsächlich den Erleichterungen kinderreicher Ehen durch Herabsetzung der Besteuerung auf Grund des Kostenanteils und Bevorzugung bei Besetzung von Stellen, würde man beistimmen können, wenn nicht etwa der Tüchtige dann zurückstehen müßte. Ueberaus wichtig nach dieser Richtung erscheint die Bekämpfung des Wohnungselends; auch Reform

der Hypothekengesetzgebung, innere Kolonisation, Besiedelung der Moore usw. gehören hierher.

Was die Geldbeschaffung zur Durchführung der Maßnahmen anlangt, so müßten die Mittel durch die Krankenkassen zusammengebracht werden. Es wird eine Jugendfonds-Steuer vorgeschlagen in der Form einer Einkommensteuer. Große Aufgaben, die sich auf 22 Millionen und mehr Menschen erstrecken, kann man nicht lösen ohne neue Steuern. Es gelte jetzt das Wort: „30 Jahre Gesetzgebung unter dem Gesichtspunkte der Volksvermehrung und der Hebung der Volkskraft". Dr. Hoffmann-Berlin.

Tagesnachrichten.

Wochenhilfe während des Krieges. Der Bundesrat hat in seiner Plenarsitzung vom 26. November auf Grund der ihm durch das Reichsgesetz vom 4. August 1914 erteilten Ermächtigung beschlossen, daß allen denjenigen Frauen, im Fall einer Entbindung sowie für die Zeit nach der Niederkunft, aus Reichsmitteln eine außerordentliche Unterstützung gewährt werden soll, deren Ehemänner während des gegenwärtigen Krieges dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche, also nicht etwa zu Erwerbszwecken bestimmte Dienste leisten, soweit die Männer zum Kreise der gegen Krankheit versicherten Personen gehören. Die Unterstützung besteht in Hilfe durch Hebamme oder Arzt sowohl bei der Entbindung, als auch schon vorher bei etwaigen Schwangerschaftsbeschwerden, ferner in Wochen- und Stillgeld. Wochengeld wird in Höhe von einer Mark auf jeden Tag für die Dauer von acht Wochen gezahlt; Stillgeld in Höhe von 50 Pfennigen täglich erhalten die Wöchnerinnen, solange sie Säuglinge selbst stillen, bis zu einer Dauer von zwölf Wochen nach ihrer Niederkunft. Die Krankenkassen vermitteln diese Leistungen und erhalten Ersatz dafür aus der Reichskasse. Für die Behandlung bei der Entbindung werden in jedem Einzelfalle fünfundzwanzig Mark, für diejenige von Schwangerschafts-Beschwerden bis zu zehn Mark gewährt. Die Kassen können den Arzt oder die Hebamme unmittelbar gewähren, wenn der Ehemann bei seinem Eintritt in den Kriegsdienst von seinem Recht freiwilliger Weiterversicherung keinen Gebrauch gemacht hat. Ferner sollen die Krankenkassen eine gleiche Wochenhilfe auch für eigene Person den versicherten weiblichen Personen leisten, bei denen die Kriegsteilnahme des Ehemannes nicht in Frage steht. In diesem Fall aber haben die Kassen die Kosten selbst zu tragen.

Die Verordnung des Bundesrats ist bereits verkündigt und in Kraft gesetzt worden, nachdem der Reichstag in seiner jetzigen Tagung die erforderlichen Mittel bewilligt hat. Jedenfalls stellt die Verordnung einen hervorragenden Akt sozialer Fürsorge dar; sie ist deshalb in den weitesten Kreisen mit Freude und Genugtuung zu begrüßen.

Verurteilung gefangener deutscher Aerzte und Sanitätshilfspersonen durch ein französisches Kriegsgericht in Paris. Berechtigte Entrüstung nicht nur in Deutschland, sondern auch in den neutralen Staaten hat die vor kurzem durch ein französisches Kriegsgericht erfolgte Verurteilung deutscher Aerzte und Sanitätspersonen zu Gefängnisstrafen wegen angeblicher „Gewalttätigkeiten gegen Einwohner" und „Nachlässigkeit bei Behandlung von Verwundeten" hervorgerufen; selbst französische Blätter bezeichnen dies Urteil als Fehlgriff. Mit Recht hat der Deutsche Aerztevereinsbund und der Wirtschaftliche Verband der Aerzte Deutschlands gegen ein derartiges Justizverbrechen öffentlich Einspruch erhoben durch nachfolgende Erklärung:

„Der ruchlose Feldzug, den unsere Feinde mit Lüge und Verleumdung gegen Deutschlands Ehre und Ansehen führen, hat ein neues fast unglaubliches Opfer gefordert. Pariser Richter haben sich bereit finden lassen, gefangene deutsche Aerzte wegen „Gewalttätigkeiten gegen Einwohner" und „Nachlässigkeit bei der Behandlung von Verwundeten" zu ein und zwei Jahren Gefängnis zu verurteilen. Wem treibt diese Nachricht nicht die helle Glut der Empörung in das Gesicht? Deutsche Aerzte sollen geplündert und sich gewalttätig an friedlichen Bürgern vergriffen, deutsche Aerzte sollen durch ihr Verhalten Kranken gegenüber eine derartige Strafe verwirkt haben! Jedes Wort der Rechtfertigung auf diese ungeheuerliche Lüge würden wir für eine Herabsetzung

unseres Standes halten; es drängt uns nur, der allgemeinen Entrüstung und der Zuversicht Ausdruck zu geben, daß Deutschland diesen Faustschlag nicht ruhig hinnehmen, sondern so erwidern wird, wie es von jeher gute deutsche Art gewesen ist." — Eine ähnliche Erklärung hat die Gesellschaft der Aerzte in Wien am 4. d. M. beschlossen.

Die deutsche Regierung hat auch bereits dafür gesorgt, daß die zulässigen Rechtsmittel gegen das Urteil eingelegt werden, und wird sicherlich auch andere energische Gegenmaßregeln ergreifen, falls sich solche als nötig erweisen.

Abgabe von Nährgelatine durch die Königliche Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem, Post: Berlin-Lichterfelde 3, Ehrenbergstraße 38, 40, 42. Die Königliche Landesanstalt für Wasserhygiene hat mit der Abgabe von Nährgelatine, die für die Zwecke der bakteriologischen Wasseruntersuchung bestimmt ist, begonnen. Der Preis für je ein Reagensgläschen mit 10 ccm Nährgelatine (ausschließlich Verpackung) ist, den Selbstkosten der Anstalt entsprechend, auf 18 Pfg festgesetzt.

Eine Abgabe unter 10 Stück kann nur in Ausnahmefällen stattfinden; für größere Aufträge muß sich die Landesanstalt eine Lieferzeit von etwa 8 Tagen vorbehalten.

Ehrentafel:[1]) Es haben erhalten: **Das Eiserne Kreuz I. Klasse:**
Feldunterarzt d. L. Dr. A. Hardt-Neustadt a. Hardt.

Das Eiserne Kreuz II. Klasse:

Oberarzt d. Res. Dr. **Albert-Hainitz (Königr. Sachsen).**
Stabsarzt d. Res. Dr. Fr. Alexander-Frankfurt a. M.
Stabsarzt d. Res. Dr. **Arendt-Kattowitz (Schlesien).**
Oberarzt d. Res. Dr. M. **Bab-Berlin.**
Oberarzt d. Res. Dr. Max **Bachem-Frankfurt a. M.**
Ass.-Arzt d. L. Dr. **Bahrmann-Leipzig.**
Oberarzt d. Res. Dr. **Bardenheuer-Cöln.**
Oberarzt Dr. H. **Bartsch-Bamberg.**
Stabsarzt d. Res. Dr. **Eduard Baumann-München.**
Unterarzt **Beck-Nürnberg.**
Stabsarzt d. Res. Dr. **Beer-Berlin.**
Stabsarzt d. L. Dr. Below-**Schneidemühl.**
Oberarzt Dr. Beltinger-Freising i. Bayern.
Unterarzt d. Res. Dr. Heinr. Benecke-Leipzig,
Ass.-Arzt Dr. Martin Benecke (Ulanen-Regt. Nr. 18).
Ass.-Arzt d. Res. Dr. Kurt Berent-Gotha.
Oberarzt d. Res. Dr. Hugo Bernd-Koblenz.
Oberarzt d. Res. Dr. **Berneaud-Frankfurt a. M.**
Stabsarzt d. Res. Dr. Eugen **Berthold t-Nürnberg.**
Ass.-Arzt Dr. Beyer-Schwetz (Westpreußen).
Stabsarzt Dr. Bindseil-Idar a. d. Nahe.
Stabsarzt d. Res. Dr. **Birrenbach-Münster i. Westf.**
Oberarzt d. Res. San.-Rat Dr. **Bissmeyer-Andernach a. Rh.**
Stabsarzt d. Res. Dr. **Bleisch-Breslau.**
Oberarzt d. Res. Dr. **Blezinger-Stuttgart.**
Oberarzt d. Res. Dr. Richard **Blum-Berlin.**
Oberarzt d. Res. Dr. Werner **Boehme-Berlin.**
Stabsarzt Dr. **Bofinger-Stuttgart.**
Oberstabsarzt Dr. **Boldt-Brandenburg a. H.**
Stabsarzt d. Res. Dr. **Max Bönniger-Berlin.**
Ass.-Arzt d. Res. Dr. Fedor **Börngen-Pößneck (Königr. Sachsen).**
Ass.-Arzt d. Res. Dr. **Böttger-Bernstadt (Königr. Sachsen).**
Oberarzt d. Res. Dr. Fr. **Bracker-München.**
Oberarzt d. Res. Dr. **Bräuner-Lüneburg.**

---

[1]) Die Namen der Medizinalbeamten und der sonstigen Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamtenvereins sind **fett** gedruckt.

Stabsarzt d. L. Dr. Braeunig-Worms.
Oberarzt d. Res. Dr. Alfred Bretschneider-Metz.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. Brock-Erlangen.
Oberarzt d. Res. Dr. Otto Brösamler-Tübingen.
Oberarzt d. Res. Dr. Brunner-München.
Oberstabsarzt Dr. Brunzlow-Bonn.
Unterarzt Dr. Herbert Buchholz-Hannover.
Stabsarzt d. Res. Dr. Büchner-Gießen.
Oberstabsarzt Dr. Buhl-Ulm.
Oberstabsarzt Dr. v. Bünau-Leipzig.
Oberarzt d. Res. Dr. Paul Burger-Zuffenhausen (Württemberg).
Generaloberarzt Dr. Bussenius-Berlin.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. Edgar Caesar-Königshütte.
Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Citron-Berlin.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. E. Clauß-Pforzheim i. Baden.
Ass.-Arzt d. L. Dr. H. Clemens-Eichelborn (Reg.-Bez. Arnsberg).
Ass.-Arzt d. Res. Dr. Fr. Conzen-Essen.
Oberarzt d. Res. Dr. Dax-München.
Oberarzt d. Res. Dr. Carl Davin-Klettwitz (Prov. Brandenburg).
Stabsarzt d. Res. Dr. Depène-Breslau.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. Adolf Dessauer-Nürnberg.
Oberarzt d. Res. Dr. Rudolf Diesing-Braunschweig.
Unterarzt d. Res. Dr. Dreßler (1. Res.-San.-Komp., 12. Armeekorps).
Stabsarzt d. Res. San.-Rat Dr. Ebeling-Dittmannsdorf (Schlesien).
Oberarzt d. Res. Dr. Dreyer-Breslau.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. Egger-Nürnberg.
Stabsarzt d. Res. und Regts.-Arzt Dr. Eiermann-Frankfurt a. M.
Stabsarzt Dr. Enders-Metz.
Stabsarzt d. Res. Dr. Fr. Engelmann-Gera (Reuß).
Stabsarzt d. Res. Dr. Erbse-Mitwitz i. Oberfranken.
Oberarzt d. Res. Dr. Eugen Essig-Malsch (Baden).
Generaloberarzt Dr. Eyerich-Würzburg.
Oberarzt d. Res. Dr. Faßhauer-Barmen.
Oberstabsarzt Dr. Feine-Straßburg i. Els.
Stabsarzt d. Res. Dr. Feldmann-Tübingen.
Oberarzt d. Res. Dr. Feßler-Geilenkirchen (Rheinprovinz).
Oberarzt d. Res. Dr. Flörken-Paderborn.
Stabsarzt d. Res. Dr. Förstermann-Nordhausen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Foersterling-Mörs (Rheinprovinz).
Stabsarzt d. Res. Dr. Fraenkel-München.
Stabsarzt d. Res. Dr. Franke-Hamburg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Fraune-Dinslaken (Niederbayern).
Feldunterarzt Richard Frenzel-Leipzig.
Stabsarzt Dr. Friedheim-Naumburg a. S.
Unterarzt Dr. Erich Frickenstein (Regt. Nr. 116).
Stabsarzt d. Res. Dr. E. Fritsche-Eilenburg (Prov. Sachsen).
Stabsarzt d. Res. Dr. Fritzel-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Froehlich-Breslau.
Stabsarzt Prof. Dr. Otto Fromme-Düsseldorf.
Oberstabsarzt Dr. O. Gaertner-Stuttgart.
Stabsarzt d. Res. Dr. Gaertner-Wildberg (Württemberg).
Stabsarzt d. Res. Dr. Gathmann-Düsseldorf.
Oberstabsarzt Dr. Gassert-Augsburg.
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Gerdeck-Hamburg.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. Gerhartz-Fulda.
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Hans Gerlach-Dresden.
Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Goebel-Breslau.
Oberarzt d. Res. Dr. Göcke (Sächs. Mörs.-Regt. Nr. 12).
Oberarzt d. Res. Dr. Golla-Breslau.
Oberarzt d. Res. Dr. M. Görlich-Reutlingen (Württemberg).
Stabsarzt d. Res. Dr. Gust. Grape, Kreisarzt in Salzwedel.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. Aug. Grave-Crefeld.
Stabsarzt d. Res. Dr. Karl Grosch-Offenbach a. Main.

Oberarzt d. Res. Dr. H. Grote-Hamburg.
Stabsarzt d. Res. Dr. F. Grotwahl-Harburg.
Oberarzt d. Res. Dr. K. Günther-Guben.
Stabsarzt d. Res. Dr. Ad. Gutmann-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. E. Haas-Wermelskirchen (Reg.-Bez. Düsseldorf).
Stabsarzt Dr. Haase-Danzig.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. Haddenbrock-Erfurt.
Oberstabsarzt Dr. Haferkorn-Chemnitz.
Oberstabsarzt d. Res. Dr. M. Hahn-Freiburg i. Br.
Ass.-Arzt Dr. Hellmut Haist-Tübingen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Halder-Ravensburg (Württemberg).
Oberarzt d. Res. Dr. Haldenwang-Stuttgart.
Oberarzt Dr. Haller-Breslau.
Oberarzt d. Res. Dr. Benno Hallauer-Charlottenburg.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. Rich. Hamburger-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Edgar Hartmann-Berlin-Schöneberg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Hasche-Klünder-Hamburg.
Stabsarzt Dr. Haubenreisser-Dresden.
Stabsarzt Dr. Hauch-Schleswig.
Oberstabsarzt Dr. Haupt-Breslau.
Stabsarzt d. Res. Dr. Hausen-Leipzig.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. Haußleiter-Gunzenhausen (Bayern).
Generaloberarzt Dr. Heckmann-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Sigm. Heichelmann-Frankfurt a. M.
Oberarzt d. Res. Dr. Heimann-Berlin.
Oberarzt d. Res. Dr. Hellner-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Henckel-Rockenberg i. Hessen.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. Hesselt-Gelsenkirchen.
Stabsarzt Dr. Heßler-Heilbronn.
Stabsarzt Dr. v. Heuss-München.
Feldunterarzt Dr. Hibben-Leer.
Stabsarzt Dr. Hirsch-München.
Stabsarzt d. L. Dr. Hirschstein-Hamburg.
Oberstabsarzt d. Res. Geh. Rat Prof. Dr. His-Berlin.
Oberarzt Dr. Fritz Hochstetter-Heilbronn.
Oberarzt Dr. H. Hoene-Mainz.
Oberarzt d. Res. Dr. Hoestermann-Bonn.
Ass.-Arzt Jak. Hörmann-Leipzig.
Oberarzt d. Res. San.-Rat Dr. Hofmann-Leipzig.
Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Hoffmann-Greifswald.
Stabsarzt d. L. Dr. Hohlfeld-Zehlendorf b. Berlin.
Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Holzbach-Tübingen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Holzt-Bernau b. Berlin.
Generaloberarzt Dr. Hopfengärtner-Stuttgart.
Stabsarzt d. L. Dr. Hornung-Schloß Marbach a. Bodensee.
Stabsarzt d. Res. Dr. Hübener-Liegnitz.
Unterarzt d. Res. Dr. Huber-Heilbronn.
Stabsarzt Dr. Huwald-Stuttgart.
Stabsarzt d. Res. Dr. Japha-Berlin.
Feldunterarzt Dr. Jarecki-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Julius Jolowicz-Hamburg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Jonghaus-Barmen.
Stabsarzt d. L. Dr. Israel-Spangenberg (Reg.-Bez. Cassel).
Oberarzt d. Res. Dr. P. Junghanns-Dresden.
Oberarzt d. Res. Dr. Jung-Marchand-Darmstadt.
Oberstabs- und Regts.-Arzt Dr. Kaiser-Dresden.
Marine-Assistenzarzt d. Res. Dr. Kaiser-Pfullingen (Württemberg).
Stabsarzt d. Res. Dr. Kaiser-Breslau.
Oberarzt d. Res. Dr. Kastner-Königsberg.
Stabsarzt d. Res. Dr. M. Katzenstein-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Katz-Stuttgart-Degerloch.
Oberarzt d. Res. Dr. Willy Katz-Dresden.
Oberstabsarzt Dr. Kerksieck-Hildburghausen.

Oberarzt d. Res. Dr. Kessel-Stuttgart.
Stabsarzt d. Res. Dr. Kesselburg-Ruhrort.
Stabsarzt d. Res. Dr. Kier-Altona.
Oberarzt d. Res. Dr. Kinne-Ottmachau (Schlesien).
Leutnant d. Res. Kreisassistenzarzt Dr. **Kirchbach**-Kaukehmen (Ostpr.).
Oberarzt d. Res. Dr. Klauser-Bamberg.
Stabsarzt d. Res. Prof. Dr. Klieneberger-Zittau.
Stabsarzt d. Res. Dr. Klingelhöffer-Offenburg i. Baden.
Stabsarzt d. Res. Dr. Wilh. Knieper-Mittweida.
Generaloberarzt d. Res. Prof. Dr. Kölliker-Leipzig.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Wilh. Köhne-Berlin.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. R. Kohlschütter-Leipzig.
Oberarzt d. Res. Dr. Kopp-Eschach (Württemberg).
Stabsarzt d. Res. Dr. Koppen-Aachen.
Unterarzt Walter Korthaus-Charlottenburg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Kraus-Nürnberg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Ant. **Kreuz**, Landgerichtsarzt in Nürnberg.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. B. Krevet-Dresden.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. E. Krieg-Stuttgart.
Oberstabsarzt Dr. Kroner-Brandenburg a. H.
Stabsarzt d. Res. Dr. Krug-Stuttgart.
Oberarzt d. L. Dr. Kulenkampff-Zwickau.
Oberarzt d. Res. Dr. Karl Kuhlo, Knappschaftsarzt in Mörs (Reinland).
Stabsarzt d. Res. Dr. Kunik-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Karl Kupfer-München.
Feldunterarzt Künstler-Sonneberg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Kutzner-Breslau.
Stabsarzt d. Res. Dr. Lacher-Kempten.
Oberarzt Dr. Hans Lampe-Metz.
Feldunterarzt Dr. Langendorf-Hamburg.
Oberarzt Dr. R. Langenhahn-Straßburg i. Els.
Stabsarzt d. Res. Dr. Joh. Langbein-Neuhausen (Königr. Sachsen).
Oberarzt Dr. Lange-Berlin.
Stabsarzt Dr. Langenbeck-Allenstein.
Stabsarzt d. Res. Dr. Laubenburg-Remscheid.
Oberarzt d. L. Dr. Laudon-Elbing.
Stabsarzt d. Res. Dr. Lechla-Pobershau (Königr. Sachsen).
Oberarzt d. Res. Dr. Fr. Lehmann-Hartmannsdorf (Bez. Leipzig).
Stabsarzt Dr. Leiendecker-Amberg (Bayern).
Stabsarzt d. L. Dr. E. Lehmann-Wernigerode.
Oberstabsarzt Dr. Lessing-Wandsbeck.
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Karl Lexer-München.
Stabsarzt Dr. Lichte-Schweidnitz (Schlesien).
Oberarzt d. Res. Dr. Liebl-Rosenheim (Bayern).
Oberstabsarzt Dr. Lion-Bamberg.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Lindig-Gießen.
Marinestabsarzt d. Res. Dr. A. Lippe-Lemwerder (Großherzogtum Oldenburg), (gestorben).
Oberarzt d. Res. Dr. Löhnberg-Hamm.
Stabsarzt d. Res. Dr. Lahrer-Mayen (Reg.-Bez. Koblenz).
Unterarzt Max London-Berlin.
Oberarzt d. Res. Dr. Lonicer-Königsberg i. d, Neumark.
Stabsarzt d. Res. Dr. Lossen-Söhlingen (Baden).
Oberstabsarzt Dr. Lott-Berlin.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Fritz Lübben-Heiger (Reg.-Bez. Wiesbaden).
Stabsarzt Dr. Luerssen-Schneidemühl.
Stabsarzt d. Res. Dr. Kuno Lüsing-Brunsbüttelkoog.
Oberarzt d. Res. Dr. Rich. Luther-Schönebeck a. Elbe.
Stabsarzt d. Res. Dr. Hans Magers-Wilmersdorf.
Stabsarzt d. Res. Dr. Mampell-Mannheim.
Oberstabsarzt Dr. Mandry-Heilbronn.
Oberarzt d. Res. Dr. Mathar-München-Gladbach.
Oberstabsarzt Dr. März-Landau (Rheinpfalz).
Assistenzarzt Dr. Mang-Dieuze (Lothringen).

Stabsarzt Dr. Mann-München.
Stabsarzt d. Res. Dr. Margulies-Kolberg.
Assistenzarzt Dr. Martin (Pion.-Bat. 10).
Assistenzarzt Dr. Günther Martins-Düsseldorf.
Assistenzarzt Werner Martins-Koblenz.
Stabsarzt d. Res. Dr. W. May-Kreuth (Bayern).
Stabsarzt Dr. Mayer-Kempten.
Oberarzt Dr. F. Mayer-München.
Oberstabsarzt Dr. Megele-Augsburg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Mehnert-Strehlen (Königr. Sachsen).
Stabsarzt d. Res. Dr. Wolfg. Merkel-Ludwigshafen.
Stabsarzt d. L. Dr. Mertens-Bremerhaven.
Stabsarzt Dr. Hans Meyer-Leipzig.
Stabsarzt d. L. Dr. Jakob Meyer-Frankfurt a. M.
Oberarzt d. Res. Dr. Meyersohn-Treuchtlingen (Bayern).
Stabsarzt d. Res. Dr. Sigm. Meyersohn-Pankow bei Berlin.
Oberarzt d. Res. Dr. Ernst Michaeli-Schwiebus (Prov. Brandenburg).
Stabsarzt d. Res. Dr. Moshagen-Helmstedt.
Stabsarzt Dr. Rud. Möslein-Lahr i. Baden.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Otto Moog-Frankfurt a. M.
Stabsarzt d. Res. Dr. Mülberger-Crailsheim (Württemberg).
Assistenzarzt Dr Eugen Müller.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Paul Müller-Salzgitter.
Oberarzt d. Res. Dr. Müller-Königsberg.
Assistenzarzt Dr. Eugen Müller-Stuttgart.
Stabsarzt d. Res. Dr. R. Müllerheim-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Mulzer-Berlin-Friedenau.
Oberarzt d. Res. Dr. Adolf Munker-Grönenbach (Reg.-Bez. Schwaben).
Stabsarzt d. Res. Dr. Nahmmacher-Dresden.
Stabsarzt d Res. Dr. A. Nebel-Leipzig.
Stabsarzt d. Res. Dr. C. Neubert-Kamenz (Königr. Sachsen).
Stabsarzt d. Res. Dr. A. Neumann-Berlin.
Oberarzt Dr. Neumayer-Landau (Pfalz).
Generaloberarzt Dr. Niessen-Nürnberg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Noehte-Halle a. Saale.
Oberarzt d. Res. Dr. K. Nordmann-Lollar (Oberhessen).
Oberarzt d. Res. Dr. Oberhofer-Hollfeld (Bayern).
Oberarzt d. Res. Dr. Oechelhäuser-Brackenheim (Württemberg).
Assistenzarzt Dr. Oehlmann-Bromberg.
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Oesterlein-Stuttgart.
Oberarzt d. Res. Dr. Olszewski-Breslau.
Stabsarzt d. Res. Dr. Hermann Orth-Oggersheim (Pfalz).
Oberarzt d. Res. Dr. Ossig-Breslau.
Oberarzt d. Res. Dr. Ludwig Otto-Dessau.
Oberstabsarzt d. Res. Prof. Dr. Otto-Berlin.
Unterarzt d. R. Dr. K. Parreidt-Leipzig.
Oberarzt d. R. Dr. Partsch-Breslau.
Stabsarzt Dr. Paulin-Germersheim (Pfalz).
Oberarzt d. Res. Dr. Heinr. Pechstein-Berlin.
Oberarzt d. Res. Dr. Peitzsch-Barmen.
Feldunterarzt Dr. Penzold-Erlangen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Peter Peters-München-Gladbach.
Assistenzarzt Dr. Pelbret-Hannover.
Oberstabsarzt d. Res. Geh. San.-Rat Dr. Philippi-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Pielicke-Beelitz i. d. Mark.
Oberarzt d. Res. Dr. Karl Pietschmann-Foche-Solingen.
Oberstabsarzt Dr. Praetorius-Prenzlau.
Stabsarzt d. Res. Dr. Gustav Quellmalz, Stadtarzt in Isny (Württemb.).
Oberarzt d. Res. Dr. Rademacher-Magdeburg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Ernst Raedisch-Freiberg i. Sa.
Assistenzarzt d. Res. Dr. Raither-Emmendingen (Baden).
Stabsarzt d. L. Dr. K. Rausch-Zweibrücken.
Stabsarzt d. Res. Dr. Ernst Alex. Reinicke Großröhrsdorf (Kgr. Sa.).

Generaloberarzt Dr. Reinhardt-Darmstadt.
Oberarzt Dr. Reitz-Rendsburg.
Oberarzt d. Res. Dr. Richard-Göttingen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Karl Richter-Giessen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Hans Risel-Leipzig.
Stabsarzt d. Res. Dr. Röhrs-Hamburg.
Stabsarzt d. Res. Dr. Roeske-Berlin.
Marinestabsarzt Dr. Röscher-Wilhelmshaven.
Oberarzt d. Res. Karl Rössler-Hainewald i. Sa.
Oberarzt d. Res. Dr. Roggenbau-Neustrelitz.
Unterarzt Dr. Rosenbaum-Berlin.
Unterarzt d. Res. Dr. Alfred Rosenberg-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Ruhlmann-Dambach (Elsaß).
Stabsarzt d. Res. Dr. Rumpen-Aachen.
Oberarzt d. Res. Dr. Heinr. Rühsen-Hamburg.
Oberarzt d. Res. Dr. Sahnwaldt-Laskowitz (Schlesien).
Stabsarzt d. L. Dr. Salditt-Bad Soden.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. Sauer-München.
Stabsarzt d. Res. Dr. Alfred Saupe-Leipzig-Reudnitz.
Oberarzt d. Res. Dr. H. Schaum Frankfurt a. M.
Stabsarzt d. Res. Dr. Schenke-Flensburg.
Generaloberarzt Dr. Scherner-Dresden.
Stabsarzt d. Res. Dr. Schellschmidt-Leutzsch b. Leipzig.
Oberarzt d. Res. Dr. Schiffer, San. Bühler Höhe (Baden).
Oberarzt Dr. Martin Schlegel-Tübingen.
Ass.-Arzt Dr. O. Schlegel-Tübingen.
Stabsarzt Dr. Schmidt-Ulm,
Ass.-Arzt Dr. Schmidt-Hannover.
Stabsarzt d. Res. Dr. Schoenfelder-Breslau.
Oberstabsarzt d. Res. Dr. Schomburg-Gera.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. Hans Schneider-Eibau (Königr. Sachsen).
Stabsarzt d. L. Dr. Schönstedt-Posen.
Stabsarzt d. Res. Dr. **v. Schröter,** Bezirksarzt in Rochlitz (Kgr. Sachsen).
Oberarzt d. Res. Dr. M. Schröter-Untergöltzsch (Königr. Sachsen).
Stabsarzt Dr. Schulz-Hagenau i. Els.
Oberarzt d. Res. Dr. Schultze im Res.-Pion.-Bat. Nr. 10.
Oberstabsarzt Dr. Schuon-Ulm.
Stabsarzt d. Res. Dr. Wilh. Schumann-Cassel.
Rittmeister d. L. Dr. **Schultz-Schultzenstein,** Kreisarzt in Freienwalde a. Oder.
Oberarzt Dr. R. Schüppert-Ueberach (Oberhessen).
Stabsarzt d. Res. Dr. M. Schürmann-Hann.-Münden.
Stabsarzt Dr. Schweikert-Mülheim a. d. Ruhr.
Stabsarzt d. L. Dr. Viktor Schwiedernoch-Zabrze (Schlesien).
Stabsarzt Prof. Dr. Seefelder-Leipzig.
Unterarzt Dr. Seehaver-Schweidnitz.
Oberarzt d. Res. Dr. W. Seibt-Zittau.
Oberarzt Dr. Sengler-München.
Stabsarzt d. Res. Dr. Siebs-Homburg a. Rh.
Oberarzt d. Res. Dr. A. Sievers-Peine.
Stabsarzt d. Res. Dr. Silberstein-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Sinz-Waldsee (Württemberg).
Stabsarzt d. Res. Dr. Wilhelm Sobernheim-Berlin.
Oberarzt d. Res. Dr. Paul Sonnenberg-Gatersleben (Reg.-B. Magdeburg).
Generalarzt Dr. Sönning-Nürnberg.
Oberarzt d. Res. Dr. Sonntag-Glösa b. Chemnitz.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. Sorge-Königsee (Schwarzburg-Rudolstadt).
Oberstabsarzt Dr. Speck-Cassel.
Stabsarzt d. Res. Dr. Spribille-Mülheim a. d. Ruhr.
Stabsarzt Dr. Stappenbeck-Bielefeld.
Oberarzt d. Res. Dr. Franz Stegmaier-Fulda.
Oberarzt d. Res. Dr. Leo Steinberger-Bayreuth.
Stabsarzt d. Res. Dr. Paul Stephan-Ilsenburg a. Harz.

Ass.-Arzt d. Res. Dr. Sträter-Düsseldorf.
Oberarzt d. Res. Dr. Strauber-Kunzendorf (Schlesien).
Oberarzt Dr. Strebel-Zweibrücken (Pfalz).
Oberarzt d. Res. Dr. Strömer-Bochum.
Stabsarzt d. Res. Studenthowski-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Stumme-Leipzig.
Oberstabsarzt Dr. Sydow-Wesel.
Ass.-Arzs d. Res. Dr. Paul Tachau-Berlin.
Oberstabsarzt d. Res. Geh. San.-Rat Dr. Taenzer-Charlottenburg.
Stabsarzt d. Res Dr. Tellmann-Königsberg i. Pr.
Stabsarzt d. Res. Dr. Hilmar Teske-Plauen i. Vogtl.
Ass.-Arzt Dr. W. Thiede-Magdeburg.
Unterarzt d. R. Dr. H. Thierasch-Herrentierbach (Württemberg).
Stabsarzt d. Res. Dr. Tiegel-Waldenburg (Schlesien).
Oberstabsarzt d. Res. Prof. Dr. Tietze-Breslau.
Oberarzt d. Res. Dr. Toelken-Zwickau.
Ass.-Arzt Dr. W. Uhlig-Thalheim i. Erzgebirge.
Stabsarzt d. Res. Dr. Ullrich-Langebrück (Königr. Sachsen).
Oberarzt d. Res. Dr. Bruno Valentin-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Vieser-Hausach (Baden).
Oberarzt d. Res. Dr. Villain-Steglitz b. Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Vogel-Charlottenburg.
Stabsarzt d. Res. Dr. K. Wäldin-Pförring (Oberbayern).
Oberstabsarzt d. Res. Prof. Dr. Wandel-Leipzig.
Stabsarzt Dr. Wasserfall-Berlin.
Oberarzt d. Res. Dr. Robert Warschauer-Berlin.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. F. Weber-Altenburg i. S.-A.
Generaloberarzt Dr. Webersberger-Nürnberg.
Unterarzt d. Res. Dr. Lothar Weddige-Stralsund.
Stabsarzt Dr. Fr. Weineck-Berlin.
Oberarzt d. Res. Dr. Wendriner-Berlin.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. C. Werner-Jeßnitz (Anhalt).
Oberstabsarzt Dr. Widmann-Ingolstadt (Bayern).
Stabsarzt d. Res. Dr. Willner-Berlin-Halensee.
Ass.-Arzt d. Res. Dr. Witt-Hadamar im Westerwald.
Stabsarzt d. Res. Dr. Wittern-Eutin.
Feldunterarzt d. Res. Dr. Wolf-Dresden.
Oberarzt d. Res. Dr. O. Wolfes-Hannover.
Oberarzt d. Res. Dr. W. Wortmann-Berlin.
Stabsarzt d. Res. Dr. Wulsten-Berlin.
Unterarzt d. Res. Dr. Gottfried Wulf.
Oberarzt d. Res. Dr. Theodor Wurm-Stuttgart.
Stabsarzt d. Res. Dr. Wurmb-Gelting (Schleswig-Holstein).
Stabsarzt d. Res. Dr. Zeidler-Dresden.
Oberarzt d. Res. Dr. Zelter-Stuttgart.
Stabsarzt d. Res. Dr. Zilkens-Cöln.
Stabsarzt d. Res. Dr. Zieger-Falkenhain b. Grimma.
Oberstabsarzt Dr. Zielke-Zerbst.
Stabsarzt d. Res. Dr. Erich Zimmer-Nordhausen.
Stabsarzt d. Res. Dr. Viktor Zimmermann-Duisburg.
Oberarzt d. Res. Dr. Wilh. Zimmermann-Greifswald.
Oberarzt d. Res. Dr. Bernh. Zrenner-Windisch-Eschenbach (Oberpfalz).

Außerdem sind noch folgende Kriegsauszeichnungen verliehen:

Der Bayerische Militär-Verdienstorden III. Klasse mit Schwertern: dem Generalober- und Divisionsarzt Dr. Wind-Regensburg; — derselbe Orden IV. Klasse mit der Krone und mit Schwertern: dem Oberstabsarzt Dr. v. Ammon in München; — derselbe Orden IV. Klasse mit Schwertern: den Stabs- und Bataillonsärzten Dr. Meyer in Ansberg, Dr. Emerich in Ingolstadt und Dr. Schlichtegroll in Speyer, den Stabsärzten d. Res. Dr. Maxim. Moszkowski in Hof, Dr. August Schulz und Dr. Hans Wülfing in Kaiserslautern, Dr. Friedrich Rosenthal in Aschaffenburg, den Stabsärzten d. L. Dr. Gust. Quellmalz in Mindelheim und Dr. Adolf Hetz in München, dem Oberarzt d. Res. Dr. Rudolf Holland-

Letz in Kaiserslautern, dem Oberarzt d. L. Dr. Martin Schlegel in München, dem Ass.-Arzt d. Res. Dr. Friedrich Hofstadt in München, dem Oberarzt Dr. Holzapfel in Eichstätt: — das Ritterkreuz I. Klasse des Königl. Württembergischen Friedrichrordens mit Schwertern: dem Stabsarzt d. Res. Dr. Sauberschwarz-Balingen; — das Großherzogl. Hessische Goldene Kreuz für Tapferkeit: dem Ass.-Arzt d. Res. Dr. Witt-Hadamar (Reg.-Bez. Wiesbaden).

Ehren-Gedächtnistafel. Für das Vaterland gestorben sind ferner die **Aerzte:**[1])

Dr. med. Karl Abel, Leutnant d. Res.-Berlin.
Feldunterarzt Dr. Barmbichler, 1. Assistenzarzt im Krankenhause München-Schwabing.
Marinestabsarzt Dr. Fritz Baumann-Kiel.
Feldunterarzt Friedrich Dierke-Berlin.
Ass.-Arzt d. R. Dr. Otto Fischbach-Weidenau a. Sieg (Rgbz. Arnsberg).
Marineunterarzt Dr. Grassmann.
Marinestabsarzt d. Res. Dr. Hohenemser-Frankfurt a. M.
Feldunterarzt d. Res. Dr. Kimsler-Sonnenberg (Rheinprovinz).
Feldunterarzt Dr. Karl Müller-Barmen.
Stabsarzt Dr. Eduard Müller-Ingolstadt.
Stabsarzt d. Res. Regt.-Arzt Dr. Plath.
Stabsarzt d. Res. Dr. Poly-Würzburg.
Stabsarzt d. Res. Privatdozent Dr. Reich-Düsseldorf.
Oberarzt d. Res. Dr. Josef Schlüter in Sterkrade (Regbz. Düsseldorf).
Stabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Simon-Bromberg (infolge von Wundinfektion).
Dr. med. Hans Treuer, Leutnant d. Res. in Neustrelitz.
Stabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Wagner-Saarbrücken.

Die **Cholera** ist jetzt auch in Oberschlesien aufgetreten; die hier bisher erfolgten 36 Erkrankungen haben aber, abgesehen von 3 Fällen, Angehörige der oesterreich-ungarischen Armee betroffen. In Oesterreich sind vom 1.—7. November 844 Erkrankungen und 331 Todesfälle gemeldet, davon in Galizien 584 (268), darunter 336 Militärpersonen. In Ungarn sind in derselben Zeit 532 Erkrankungen gemeldet. In den Wochen vom 8.—14. Movember ist aber erfreulicher Weise schon ein Abnehmen eingetreten; die Zahl der Erkrankungen (Todesfälle) betragen in Oesterreich nur noch 515 (133), davon 273 (83) in Galizien, darunter 66 (23) Militärpersonen; in Ungarn stellt sich die Erkrankungszahl während derselben Zeit auf 417 (darunter 265 bei Militärpersonen).

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 1. bis 14. November 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Rotz, Rückfallfieber, Fleckfieber: — (—), — (—), Aussatz 1 (—), — (—); Cholera: 1 (—), 9 (6); Pocken: — (—), 1 (—); Milzbrand: — (—), 1 (—); Tollwut: — (—), 3 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: — (—), 8 (—); Unterleibstyphus: 472 (41), 515 (43); Ruhr: 185 (10), 702 (12); Diphtherie: 1756 (137), 1879 (151); Scharlach: 1650 (94), 1626 (104); Kindbettfieber: 81 (19), 80 (25); Genickstarre: 2 (—), 3 (—); spinaler Kinderlähmung: 4 (—), 4 (1); Körnerkrankheit (erkrankt): 39, 39; Tuberkulose (gestorben): 578, 568; Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 14 (1), 4 (1).

Berichtigung: In Nr. 20 ist der verstorbene San.-Rat Dr. Volkwein irrtümlich in der Ehrentafel aufgestellt. Er hat das eiserne Kreuz nicht erhalten; gehört aber in die Ehren-Gedächtnistafel, da er infolge einer Blutvergiftung gestorben ist, die er sich während seiner Dienstzeit in dem Vereinslazarett zu Sigmaringen zugezogen hat.

Stabsarzt Dr. Dehmel ist nicht tot, sondern leicht verwundet.

In voriger Nummer S. 776 muß es „Stabsarzt Dr. Bernstein“ statt „Stabsarzt d. Res.“ heißen.

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

27. Jahrgang; Nr. 24. Ausgegeben am 20. Dezember 1914.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:
Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch
J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 24.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Die Königl. Krone zum Roten Adlerorden IV. Klasse: dem Marinestabsarzt Dr. zur Veith in Kiel; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Geh. San.-Rat Dr. Bock in Erfurt; — der Kronenorden III. Klasse: dem Kreisarzt a. D. Geh. Med.-Rat Dr. Prawitz in Berlin-Lichterfelde, bisher in Brandenburg.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Ritterkreuzes I. Klaasse des Großherzogl. Badischen Ordens vom Zähringen Löwen: dem Prof. Dr. Biesalski, Direktor und leitender Arzt der Berlin-Brandenburgischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Zehlendorf; — des Ritterkreuzes II. Kl. mit Eichenlaub desselben Ordens: dem Frauenarzt Dr. Moraller in Berlin-Wilmersdorf; — des Ritterkreuzes I. Klasse des Herzoglich Sachsen-Ernestinischen Hausordens: dem Oberstabsarzt a. D. Dr. Friedheim in Berlin; — des Ehrenkreuzes IV. Klasses der I. Abteilung des Fürstlich Bayerischen Hausordens: dem Frauenarzt und Chirurgen Dr. Loewengard und dem Arzt Dr. Joseph in Berlin-Schoeneberg; — des Offizierkreuzes des Königl. Griechischen Erlöserordens: dem Prof. Dr. Wolff in Potsdam, Direktor des Krankenhauses Hermannswerder; — des Komturkreuzes des Herzoglichen Ordens des Heiligen Gregorius des Großen: dem San.-Rat Dr. Braubach in Cöln a. Rh.; des Ritterkreuzes desselben Ordens: dem Stabsarzt d. Res. Dr. Breuer in Bonn; — des Ritter-

kreuzes des Kaiserl. Oesterreichischen Franz Josephordens: dem Marinestabsarzt Dr. Burmeister; — dez Großherrl. Türkischen Liakatmedaille in Gold: dem Marineoberassistenzarzt Dr. Willrich.

Ernannt: Der Tierarzt Dr. med. vet. Hermann Zeller zum Regierungsrat und Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamts.

Gestorben: Dr. Friedrich Strauß in Frankfurt a. M., Dr. K. Kahler in Katernberg bei Essen a. Ruhr, Geh. San.-Rat Dr. Merschheim in Essen a. Ruhr, Dr. Wießler in Berlin, Dr. Kaps in Brieg, San.-Rat Dr. Berlein in Wiesbaden, Geh. San.-Rat Dr. Hesse in Ilten bei Hannover, Oberstabsarzt a. D. Pfitzer in Frankfurt a. M., Geh. Med.-Rat Dr. Tigges in Düsseldorf, Dr. L. Duensing in Hannover, Geh. San.-Rat Dr. Paul La Pierre in Berlin-Grunewald (vorher in Potsdam), Geh. San.-Rat Dr. Alfred zum Sande in Hannover, Dr. Hemmerling in Düsseldorf, San.-Rat Dr. Schmittmann in Duisburg-Ruhrort.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang eines Medizinalrates: dem bisherigen Bezirksarzt Dr. Auer in Rosenheim; — das Luitpoltkreuz: dem Oberarzt Dr. Zierl an der Pflegeanstalt in Irrsee.

In den Ruhestand getreten: Bezirksarzt Dr. Auer in Rosenheim.

Gestorben: Oberstabsarzt a. D. Dr. Frohwein in Würzburg, Hofrat Dr. Höfler in Bad Tölz, Dr. P. Strauß in Dachsbach (Mittelfranken), Dr. Bortscheller in Fischen (Schwaben).

Königreich Sachsen.

Auszeichnung: Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Ehrenkreuzes IV. Klasse des Fürstlich Lippischen Hausordens: dem Stabsarzt Dr. Hesse, bisher kommandiert zum Kaiserlichen Gesundheitsamt, jetzt Hygieniker beim XIX. Armeekorps.

Ernannt: Der Anstaltsbezirksarzt Geh. Med.-Rat Dr. Lehmann, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Dösen zum ordentlichen Mitgliede der I. Abteilung des Landesgesundheitsamtes.

Gestorben: San.-Rat Dr. Junghaenel, Gerichtsassistenzarzt in Neustadt bei Pirna, Jul. Rosenlöcher in Taucha, Stabsarzt Dr. Robert Roesch in Dresden, Chefarzt des Reservelazaretts in Kamenz, Sanitätsrat Dr. Keilscher in Reichenau.

Königreich Württemberg.

Gestorben: San.-Rat Dr. Buob in Stuttgart.

Grossherzogtum Baden.

Gestorben: Geh. Med -Rat Prof. Dr. Fischer in Pforzheim.

Grossherzogtum Hessen.

Ernannt: Privatdozent Dr. Berliner in Gießen zum außerordentlichen Professor in der dortigen medizinischen Fakultät.

Gestorben: Dr. Franz Schmitt in Michelstadt und Kreisarzt a. D. Med.-Rat Dr. Wießner in Büdingen.

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Die Bezirksarztstelle in **Rosenheim.** Bewerbungen sind bei der für den Wohnungsort des Bewerbers zuständigen Königl. Regierung, Kammer des Innern, einzureichen.

systematisch durchgeführt; dem praktischen Zwecke entsprechend sollten sie vielmehr tunlichst rasch zur Beantwortung der

27. Jahrg. **Zeitschrift** 1914.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt

für die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließl. der Hygiene und Bakteriologie.

Herausgegeben
von

Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstr. 5.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 24.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Dez.

Explosionsgase des Dynamits und flüchtige Nitrile.

Von Privatdozent Dr. **Döllner**, Kreisassistenzarzt in Marburg a. Lahn.

Die nachstehende Arbeit ist nicht theoretischen Grübeleien, sondern einer praktischen Frage des Erwerbslebens entsprungen. Handelte es sich doch darum, festzustellen, ob bei dem Tode zweier Bergleute, die nach Einatmung von Explosionsschwaden verstorben und deren Arbeitskameraden zum Teil mehr oder minder schwer erkrankt waren, flüchtige Gase mitspielten, die der Regel nach im Explosionsschwaden des Dynamits und seiner Verwandten nicht vorkommen. Die Erkrankungsfälle sowie der Eintritt des Todes nach mehrstündigem freien Intervalle erschienen der Bergbehörde abweichend von den gewohnten Beobachtungen, so daß sie die Frage aufwarf, ob nicht bei der fraglichen Entladung abnorme Gase sich gebildet hätten, welche Gase dies wohl sein könnten und was bei wiederkehrenden Fällen zu tun sei.

Demgemäß sind meine Untersuchungen nicht streng systematisch durchgeführt; dem praktischen Zwecke entsprechend sollten sie vielmehr tunlichst rasch zur Beantwortung der

gestellten Fragen beitragen. Ich betone, daß sie nur „beitragen“ sollten; denn die Frage, ob sich abnorme Gase bilden können, ob sie sich im konkreten Falle gebildet haben, endlich, welche Gase dies sein könnten oder tatsächlich sind, erfordert Experimente an Ort und Stelle sowie Experimente und Untersuchungen in einem Sprengstofflaboratorium. Leider fand die Bergbehörde keine Möglichkeit, Versuche an Ort und Stelle zu veranstalten; es war daher nicht möglich, Schwaden zu erhalten, der dem zu begutachtenden hätte gleichen können.

Die Gutachten von Bergbehörden und Sprengstofflaboratorien über den verwendeten Sprengstoff — es handelte sich um Gelatine-Dynamit — lauteten ziemlich übereinstimmend. Es blieb sonach für den Mediziner nur die Feststellung übrig: Lassen sich die festgestellten Krankheitsbilder durch Einatmung der normalen Explosionsprodukte erklären, oder welche sonstigen Gase können ähnliche klinische bezw. pathologisch-anatomische Erscheinungen setzen. Es könnten die normalen Endprodukte des Dynamits: Kohlensäure, Wasser und Stickstoff in Betracht kommen, oder aber entweder zerstäubtes Dynamit (bezw. Nitroglyzerin) oder abnorme Zersetzungsprodukte, wie z. B. nitrose Gase oder Kohlenoxyd, endlich aber Blausäure und deren Derivate. Aus Gründen, die später an der Hand von technischen Gutachten und medizinischer Literatur erörtert werden, blieb nach Ausscheidung aller übrigen der Verdacht auf der Blausäure, und zwar auf ganz speziellen Derivaten derselben, auf den flüchtigen Nitrilen hängen.

Chemie der Nitrile: Am einfachsten stellt man sich diese Nitrile als Derivate des Alkohols vor, in denen die OH-Gruppe durch die CN-Gruppe ersetzt ist (z. B. aus $(C_2H_5)OH$ entsteht $(C_2H_5)CN$). Oder man betrachtet dieselben als Abkömmlinge der Blausäure, in denen der Zyanrest an ein Alkyl gebunden wird. Künstlich lassen sie sich durch Kochen von Ketonen mit Salpetersäure darstellen. Bei Explosionen von Nitroglyzerin oder seinen Präparaten können sie — theoretisch wenigstens — durch den hohen Druck entstehen, der die Moleküle aneinander wirft. Die physikalische Chemie muß auf diesem Gebiete noch nähere Aufklärung bringen; denn diese unbestreitbare Tatsache des physikalisch Aneinanderpressens der Moleküle scheint der Affinitätenlehre der reinen Chemie zu widersprechen. Da nun zweifelsohne der Explosionsdruck mehrerer Kilogramm Nitroglyzerin groß genug ist, um die CN-Gruppe an die entstehenden Alkohole zu schweißen, so muß bei Explosionsvergiftungen daran gedacht werden, daß Nitrile entstanden sein könnten und bei der Vergiftung mitwirken.

Die Nomenklatur bezeichnet sie entweder als Nitrile der zugehörigen Säure oder als Alkylozyanid, indem man das Alkyl, das an den Zyanrest gebunden ist, benennt und „Zyanid“ dahinter fügt: Essigsäurenitril (Azetonitril) oder Methylzyanid.[1])

[1]) E. Fromm: Organ. Chemie.

Literatur: Die medizinische Literatur ist an Arbeiten über die Giftwirkung der Nitrile nicht allzu reich. Lang veröffentlichte 1894 im Archiv für Experimentelle Pathologie und Pharmakologie eine Arbeit „über die Umwandlung des Azetonitrils und seiner Honologen im Tierkörper". Er arbeitete nur über Nitrile der Fettreihe, die er verfütterte; aus diesem Grunde braucht er ziemlich große Dosen. Bei Azetonitril fand er Rhodanverbindungen und Ameisensäure; bei Propio-Butyro- und Kapronitril Thiozyansäure im Harn; die drei letzteren erwiesen sich als heftige Gifte. Lang zeichnet schon ganz zutreffend das klassische Bild der Nitrilvergiftung, wie wir es auch bei unseren Versuchstieren beobachteten: Dyspnoe, die Tiere liegen auf der Seite, tetanische und koordinierte Extremitätenbewegungen (Lauf- und Schwimmbewegungen) und Opisthotonus, vergebliche Aufrichtungsversuche; Atem immer mehr verlangsamt und angestrengt, Tiere gehen unter Dyspnoe ein. Sektion und Blutspektrum ohne typischen Befund. Die Rhodanausscheidung beginnt 16—24 Stunden nach der Einverleibung und hält je nach Dosis verschieden lange an. Die Thiozyansäure erscheint am 2.—3. Tage im Harn und klingt langsam ab.

Lang versuchte nun, die Spaltung künstlich außerhalb des Körpers nachzuahmen. Er gab zu Azetonitril (zyanfreies) Schwefelnatrium und festes Alkali und erwärmte längere Zeit auf 40°; in der Tat bildete sich dann Thiozyansäure. Es gelang ihm jedoch nicht, durch Zufuhr schwefelabspaltender Körper eine reichlichere Rhodanausscheidung zu erzwingen; er erkannte aber bereits richtig, daß auf diese Weise eine Entgiftung gelingen müsse; zugleich zog er aus seiner Arbeit die Schlußfolgerung, daß das Azetonitril relativ ungiftig sei, während Propio-Butyro- und Kapronitril eine ausgesprochene, und zwar eigenartige Giftwirkung besitzen. Dieser Ansicht Langs müssen wir nach unseren mit Azeto-Propio- und Kapronitril angestellten Versuchen voll und ganz beitreten.

Heymanns und Masoin beschäftigten sich nicht nur mit der Giftwirkung der Nitrile, sondern sie fanden auch im Natriumthiosulfat das Gegenmittel. In einer großen Arbeit[2]) berichten sie über ihre Versuche, die sie mit den Nitrilen der Oxalsäure, Malon-, Bernstein- und Brenzweinsäure an Fröschen (Temporaria), Kaninchen, Hunden und Tauben angestellt haben, und zwar mittels subkutaner, intravenöser und stomachaler Einverleibung. Sie stellten für jede Tierart die letale Dosis fest. Das von Lang umschriebene Bild der Vergiftung erweiterten sie dahin (beim Kaninchen), daß das Blut der Ohren und des linken Ventrikels arteriellrot (also sei nicht allein Atmungslähmung die Todesursache, sondern gleichzeitige Gift-

[2]) Heymann und Masoin: Toxicité rélative, phénomènes et mécanique de l'intoxication, action antitoxique de l' hyposulite de soude vis-à-vis de l'action toxique des dinitriles. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie; 1897, Bd. III.

wirkung auf Atmungs- und Zirkulationszentrum). Das Blut der Venen und des rechten Ventrikels sei dunkelvenös — gleichgiltig, welche Giftmenge gegeben sei, gleichgiltig, in welcher Vergiftungsperiode der Tod eingetreten sei. — Schiffscher Gefäßrythmus an den Ohren; die Dilatation, anfangs nur kurz, nehme allmählich zu; habe sie mehrere Minuten angehalten und sei die Vergiftung tief genug, so gehe die Dilatation nicht mehr zurück. Exzitation trete beim Kaninchen kaum ein. Die Lähmungserscheinungen schildern sie wie Lang. Fast stets stießen die Tiere Schreie aus. Die Temperatur sinke zuerst und steige dann. Im Erregungsstadium nehmen die O-Aufnahme und CO_2-Ausscheidung zu; mit Eintritt der Vergiftung nehmen beide ab bis zum Ende. Sekretion des Urins, sein spezifisches Gewicht, sowie sein Azeton- und Phosphorgehalt nehmen ab.

Das Natriumhyposulfit gaben diese beiden Autoren teils subkutan, teils mittels Schlundsonde — stets mit vollem Erfolge, und zwar auf 1 ccm molekulare Nitrillösung 1,2—1,5 ccm Hyposulfitlösung. Ist die neunfache tödliche Dosis nicht überschritten — gleichgiltig, ob unter die Haut, in die Venen oder in den Magen gegeben und gleichgiltig, wie lange die Vergiftung besteht, — so kann Hyposulfit das Leben retten, wenn nach seiner Einverleibung die Atmung noch fortgeht. Seine Wirkung auf allen Gebieten ist in 5—6 Minuten erreicht. Die antitoxische Wirkung geschieht von Molekül zu Molekül; sie ist konstant und gleichartig von den schwächsten bis zu den mehrfach tödlichen Gaben. Ueber gewisse Grenzen hinaus aber versagt das Hyposulfit, so daß die tödliche Wirkung der Nitrile trotzdem eintritt.

Die Autoren resümieren: „Lang hat die vorbeugende, Heymanns die heilende Wirkung des Schwefels festgestellt.“

1900 folgte eine Arbeit von Verbrügge.[3]) Der Verfasser arbeitete mit einer großen Menge von Nitrilen der Fettreihe (oxydierten und nicht oxydierten — auch mit Zyanessigsäureaethyl —) und der aromatischen Reihe; er experimentierte am Frosch (Ran. temporar) und am Kaninchen und zwar mittels subkutaner Einspritzung. Er untersuchte 1. die letale Dosis, 2. die antitoxische Wirkung des Natriumthiosulfates, 3. dessen Wirkungsgrad bezw. Grenze.

Beim Kaninchen fand er die gleichen Vergiftungserscheinungen wie Heymanns und Lang, dazu Trismus, Zähneknirschen, Kopf nach hinten gezogen. Die Wirkung des Thiosulfates fand er bei genanntem Tiere bestätigt (beim Frosch versagte sie völlig), doch ergab sich ihre obere Grenze gegenüber der 3fach tödlichen Dosis von Acetonitril und der 2,5fach tödlichen Gabe des Propionitrils.

---

[3]) Verbrügge: „Toxicité des mononitriles gras et aromatiques et action antitoxique de l' hyposulfite de soude vis-à-vis de ses mononitriles. Archives internationales de Pharmacodynamie et de Thérapie; 1900, Bd. V.

Meurice[4]) stellte zunächst an Tauben die tödliche Dosis von 21 Nitrilen fest und die Zeitdauer zwischen Injektion (auch er arbeitete mit subkutaner Applikation) und Eintritt des Todes. Als tödliche Dosis fand er für:

Azetonitril: 4 mg pro Kilo,
Proponitril: 1,25 „ „ „
Butyronitril: 1,10 „ „ „

Die Lebensdauer betrug nach Injektion von:

Azetonitril: 28 Stunden,
Propionitril: 1 Stunde 20 Minuten,
Butyronitril: 1 „

Gab er nun Thiosulfat vorher oder gleichzeitig, so genügte zur vorbeugenden Wirkung

bei Azetonitril 1 g pro Kilo
„ Propionitril 1,25 „ „ „
„ Butyronitril 1,10 „ „ „

Dagegen blieb eine „heilende Wirkung" (d. h. Einspritzung des Thiosulfates nach Auftreten der Vergiftungserscheinungen) bei der Taube vollständig aus. Meurice erklärt dies in folgender Weise:

„Bei der vorbeugenden Wirkung handelt es sich um eine einfache chemische Reaktion in vivo. Die heilende Wirkung bleibt aus, weil die Taube kein CN bildet, (es tritt keine Rhodanausscheidung auf) und weil die physiologische Entgiftung bei ihr nicht in einer Sulfuration besteht."

Dagegen fand Meurice, daß subkutane Injektionen von Kobaltnitrat, die bei der Taube als Gegenmittel gegen Malonitril wirken, beim Frosch gänzlich versagen, während sie beim Kaninchen gegenüber einigen Nitrilen sogar besser wirken als $Na_2S_2O_3$; aber auch bei diesem Tiere hat Kobalnitrit gegen Azeto- und Malonitril keine Wirkung. Weiterhin stellte M. fest, daß Nickelnitrat gut bei Malonitril wirkt, Kupfersulphat desgleichen bei einigen Nitrilen, aber nicht bei Azeto- und Malonitril; bei diesen beiden versagt auch Ferrosulfat, das bei Amygdalonitril gut wirkt.

Die Beantwortung der Fragen, ob es sich bei diesen Mitteln um eine vorbeugende oder heilende Wirkung handelt und welches der Mechanismus der Entgiftung bei den angewendeten Metallsalzen ist, hat sich Meurice leider geschenkt.

Morishima[5]) kommt auf Grund seiner Versuche zu folgendem Ergebnis: Das Natriumthiosulfat besitzt die Fähigkeit, die Tiere gegen sicher tödliche Dosen des Jodzyans zu schützen. Diese Entgiftung beruht auf der Bildung von Sulfozyansäure; sie ist wenigstens teilweise rein chemischer Natur und geschieht ebenfalls extra corpus.

Einatmung von Nitrilen: Alle diese Feststellungen über die Giftwirkung der Nitrile, wobei diese sämtlich subkutan,

---

[4]) Meurice: Intoxication et désintoxication de différents nitriles par l'hyposulfite de soude et les sels métalliques. Archives internationales de Pharmacodynamie et de Thérapie; 1900, Bd. VII.

[5]) Morishima: Ueber Entgiftungsvermögen des Natriumthiosulfats gegen Jodzyan. Archives internationales de Pharmacodynamie et de Thérapie; 1900, Bd. VII.

intravenös oder stomachal den Versuchstieren einverleibt waren, haben aber den gemeinsamen Fehler, daß sie einer praktischen Möglichkeit sehr fern stehen. Es ist bis jetzt in der gerichtsärztlichen oder klinischen Literatur kein Fall bekannt geworden, in dem einem Menschen Nitrile durch den Mund oder durch Einspritzung einverleibt wären. Dagegen ist es nicht von der Hand zu weisen, daß bei Explosionen oder bei Bränden in Räumen, wo mit Zyanbildnern gearbeitet wird, durch Einatmung entstandener Nitrile Menschen zu Schaden gekommen sind oder zu Schaden kommen können. Die zunehmende Verwendung von Sprengstoffen und von Zellulose läßt diese Möglichkeit für die Zukunft als steigend erscheinen. Es handelt sich aber für uns bereits nicht mehr um ein künstliches Experiment, sondern um einen praktischen Fall von Einatmung von Explosionsgasen. Wir hatten also unser Augenmerk zu richten auf diejenigen Nitrile, die einen niedrigen Siedepunkt besitzen, also leichter flüchtig sind und auf ihre Wirkung bei Aufnahme durch die Atmungsorgane.

Aus diesem Grunde habe ich aus der Literatur hauptsächlich die Beobachtung über diese Nitrile ausführlicher zitiert und die Mitteilungen über andere Nitrile kürzer behandelt oder weggelassen; desgleichen die Versuche an Fröschen, Tauben etc. tunlichst kurz, jene an Säugetieren (Kaninchen) ausführlicher berücksichtigt.

Eigene Versuche: Nach einigen Vorversuchen an Mäusen mit Malo-Azeto-Kapro- und Propionitril wurden nur Kaninchen zu unseren Versuchen und von den Nitrilen nur Azetonitril mit dem Siedepunkt bei 69,7°, Propionitril mit dem Siedepunkt bei 98,1°, Kapronitril mit dem Siedepunkt bei 146° benutzt. Die Tiere wurden in eine Glaskugel von 22,5 Luftraum gesetzt, mittels Strahlapparates Zimmerluft — meist 60 Liter pro Stunde — hindurchgezogen und dem Luftstrom das verdunstende Nitril beigemischt.

Zunächst wurde beobachtet, welche Wirkung diese Nitrile auf die Tiere bei Einatmung haben, zweitens, welches die tödliche Dosis ist, drittens, ob das Natriumthiosulfat auch gegen die eingeatmeten Nitrile wirkt, endlich, welches Nitril und in welcher Dosis erst nach einem freien Intervall vergiftend bezw. tödlich wirkt.

Wie nun die beigegebene Tabelle ausweist, lösen alle drei Nitrile Giftwirkung aus und zwar genügen von Propionitril die geringsten Gaben; bei ihm tritt der Tod am raschesten ein, während bei Azetonitril die Erscheinungen trotz höherer Dosen geringer sind und von selbst ausheilen. Bei Kapronitril genügen auch geringe Dosen, um — nach einen freien Intervall — den Tod herbeizuführen. Hierbei war ganz zweifelsfrei festzustellen, daß eine Gewöhnung an die Nitrile eintritt. Tiere, die ein- oder zweimal zu Versuchen benutzt wurden, reagierten auch auf stärkere Gaben nur langsam und im geringen Maße.

	Dosis	Zeit	Erregung	Krämpfe	Lähmung	Tot	Wann tot?	Thiosulfat	Schutzergebnis	Bemerkungen
Malonitril										
1. Maus	5gtt. in 120 ccm Luft	30 Min.	ja	ja	ja	nein	—	—	—	—
Azetonitril										
2. Maus	5gtt. in 120 ccm Luft	18 Min.	ja	ja (Opisthot).	ja (benommen)	ja	4h	—	—	Methämoglobinspektrum.
3. Kaninchen (4 Pf.)	20gtt. in 60 l str. Luft	23 Min.	nein	nein	ja (benommen)	nein	—	—	—	—
4. Kaninchen (3 Pf.)	10gtt. „ „ „ „ „	60 Min.	ja	ja	ja (gering benommen)	nein	—	—	—	—
5. Kaninchen (3 Pf.)	20gtt. „ „ „ „ „	60 Min.	ja	ja	nein (gewöhnt)	nein	—	—	—	—
Kapronitril										
6. Maus	3gtt. in 120 ccm Luft	15 Min.	ja	ja	nein	nein	—	—	—	entkommen.
7. Kaninchen (4 Pf.)	10gtt. in 60 l str. Luft nach 30′ noch 5gtt. in 60 l str. Luft	60 Min.	nein	(Schwimmbeweg. Opisthotonus)	ja	ja	nachts	—	—	Sektion: Bronchitis, Tracheïtis
8. Kaninchen (1 Pf.)	1gtt. in 60 l str. Luft	60 Min.	ja	nein	ja (gering benommen)	ja	nach 2½ Tagen	—	—	fraß nichts mehr, ist wohl verhungert.
9. Kaninchen (1 Pf.)	3gtt. „ „ „ „ „	60 Min.	ja	nein	ja (gering benommen)	nein	—	—	—	—
10. Kaninchen (1 Pf.)	5gtt. „ „ „ „ „	60 Min.	ja	nein	ja (gering benommen)	ja	nach 1½ Tagen	—	—	Sektion: Lunge korallenrot, Bronchit., subpleur. Ekchymosen, akute parench. Nephritis.
Propionitril										
11. Maus	3gtt. in 120 ccm Luft	15 Min.	ja	ja (Opisthot)	ja (Cheyne-Stockes)	ja	35 Min.	—	—	—
12. Kaninchen (3 Pf.)	3gtt. in 100 l str. Luft	120 M.	ja	nein	nein	nein	—	—	—	—
13. Kaninchen (3 Pf.)	20gtt. in 60 l str. Luft	60 Min.	ja	ja	ja (totale Lähmung schreit)	ja	4h	—	—	Sektion: Lunge korallenrot, venöses Blut hellrot, gerinnt sofort; Oxyhämoglobinspektrum. Tracheïtis. Bronchitis.
14. Kaninchen (4 Pf.)	20gtt „ „ „ „ „ nach 40′ noch 5gtt. in 60 l str. Luft	60 Min.	nein	ja	ja	nein	—	2 g Natr. Thiosulfat in 10% Lösung	gesund	nach 1½h und 3½h noch je ½ g Natr. Thiosulfat; noch nach 120h Rhodanreaktion.
15. Maus	5gtt. in 60 l str. Luft	60 Min.	ja	ja	ja	ja	80 Min.	—	—	—
16. Kaninchen (3 Pf.)	5gtt. in 60 l str. Luft	60 Min.	nein	ja	ja	nein	—	—	—	—
17. Kaninchen (3 Pf.)	10gtt. in 60 l str. Luft	40 Min.	nein	ja (Schwimmbew.)	ja	nein	—	2 g	nach 10 Min. normal	noch nach 91h Rhodanreaktion.
18. Kaninchen (3 Pf.)	10gtt. „ „ „ „ „	40 Min.	ja	ja (Schwimmbew. Opisthotonus)	ja (höchste Dyspnoë; schreit)	ja	88 Min.	2 g	zu spät	Sektion: Bronchitis, Tracheïtis.
19. Kaninchen (3 Pf.)	10gtt. „ „ „ „ „	60 Min.	nein	ja	ja	ja	nachts	—	—	Sektion: Lunge atelektatisch, parench. Nephritis, linker Ventrikel fest kontrahiert; übrige Herzhöhlen mit schwarzem Gerinsel gefüllt.
20. Kaninchen (3 Pf.)	5gtt. „ „ „ „ „	45 Min.	nein	ja (Opisthoton.)	ja (schreit)	ja	90 Min.	—	—	Sektion: Wie oben, einzelne atelekt. Partien; keine Nephritis.
Amylnitril										
21. Kaninchen (4 Pf.)	5gtt. in 60 l str. Luft	40 Min.	ja	ja (gering)	ja (gering)	nein	—	—	—	—

Die beobachteten Vergiftungserscheinungen stimmen völlig mit den bei subkutaner, intravenöser und stomachaler Applikation festgestellten überein. Fast bei allen trat eine Rosafärbung der Ohren mit starker Gefäßinjektion ein; die Atemfrequenz stieg zu Beginn, fiel dann unter die Anfangsziffer; zugleich nahm die Amplitude zu — gegen den Exitus trat Dispnoe und Cheyne-Stokessches Atmen auf. Erregung wurde nur bei wenigen Tieren und zwar regelmäßig bei Inhalation von Kapronitril beobachtet. Die Tiere schnupperten, richteten sich auf und putzten viel. Bald trat Benommenheit auf; die Tiere hockten auf den an den Rumpf angezogenen Pfoten, atmeten schwer, — ausgesprochen nasal — fielen auf die Seite und versuchten erfolglos, sich aufzurichten; mit Verlangsamung und Vertiefung der Atmung trat ruckweises Exspirium auf. Die klonischen Krämpfe begannen manchmal im Unterkiefer und in den Halsmuskeln (besonders bei Kapronitril), manchmal in den Vorderläufen; sie zeigten die typische Schwimmbewegung, später in inkoordiniertes Schlagen, vor allem der Hinterläufe, übergehend. Allmählich ergriffen die klonischen Krämpfe auch die Muskulatur des Stammes und steigerten sich zu Jaktationen, die den ganzen Körper hin- und herwarfen und hoch emporschnellten. Die tonischen Krämpfe äußerten sich als Opisthotonus, den Kopf ad maximum nach hinten ziehend. Schreie wurden nur zweimal gehört, allerdings gingen verschiedene Tiere bei Nacht, also ohne Kontrolle, ein. Bei den beobachteten Fällen trat der Tod unter höchster Dyspnoe und allgemeinen tonischen und klonischen Krämpfen, die sich bis zu den heftigsten Jaktationen steigerten, ein. Rhodan fand sich in sämtlichen untersuchten Urinproben, mitunter auch noch nach 4—5 Tagen.

Die Sektion ergab kein einheitliches und auch kein eindeutiges Bild. Einheitlich fand sich nur Bronchitis und systolischer — nicht diastolischer — Herzstillstand, feste schwarze Gerinsel. Zyanspektrum des Blutes zeigte sich niemals, auch nicht in jenen Fällen, in denen die korallenrote Farbe der Lungen aufgefallen war; Methämoglobinspektrum fand sich nur einmal bei einer mit Azetonitril vergifteten Maus; doch war zu diesem Versuche ein altes Präparat gebraucht worden. Die Befunde von parenchymatöser Nephritis, die bei Nr. 9 ausgesprochen, bei Nr. 19 nur angedeutet waren, wage ich nicht zu deuten, da sie sich 1. nur bei zwei Tieren fanden, 2. bei dem zweiten nur sehr geringfügig waren, 3. nicht einzusehen ist, wie ein eingeatmetes Nitril auf das Nierenparenchym wirken solle.

Was nun die tödliche Dosis bei der Einatmung anbelangt, so ist diese äußerst schwankend — keinesfalls so scharf präzisiert wie bei den übrigen Einverleibungsmethoden; doch scheint das entscheidende Gewicht weniger auf die Menge des eingeatmeten Nitrils als vielmehr auf die erhöhte Konzentration des Luftnitrilgemisches zu fallen. Außerdem spielt, wie bereits erwähnt, die Angewöhnung mit. Endlich erscheint für die

raschere Wirkung das Propionitril, für die fernere Wirkung nach freiem Intervall das Kapronitril das geeignetste zu sein.

Auch bei Einatmung erweist sich das Natriumthiosulfat als geeignetes Gegenmittel und zwar noch bei bereits verzweifelt erscheinenden Fällen. Es läßt sich in 10proz. Lösung bequem subkutan oder intravenös geben, ohne örtliche oder sonstige störende Erscheinungen auszulösen; nur erfordert es gleichlaufend der eingeatmeten Nitrilmenge ziemlich große Gaben. Ist der Körper durch die Krämpfe bereits zu sehr erschöpft, so kann natürlich das Thiosulfat auch nichts mehr nützen, wie bei unserem Kaninchen Nr. 18.

Bei allen drei verwendeten Nitrilen wurden Fälle beobachtet, in denen nach geringen Einleitungserscheinungen völlige Erholung einzutreten schien, aber nach einem verschieden langen Intervall anscheinenden Wohlbefindens der Tod eintrat, darunter ein Fall (Nr. 13), bei dem alle typischen Zeichen (klon. und ton. Krämpfe, Schreien) nach vier Stunden festgestellt wurden.

Es sind also nach unseren Beobachtungen die drei geprüften Nitrile (Azeto-, Kapro- und Propionitrile) geeignet, auch wenn sie durch Einatmung in den Körper gelangen, vergiftend zu wirken, event. nach einem freien Intervall den Tod herbeiführen. Nach allem, was bisher geschildert wurde, kann es sich nicht um eine Aetz-, sondern nur um eine zentrale Giftwirkung handeln, wie sie den Zyanpräparaten eigen ist.

Praktischer Fall: Es ist nunmehr von Interesse, den mir von der Bergbehörde zur Begutachtung vorgelegten praktischen Fall zu betrachten. Der Verlauf der in Frage kommenden Vergiftungen war folgender:

In einem genügend bewetterten Stollen einer Kalisalzgrube H. wurde eine Sprengung mit $12^1/_2$ Kilo Gelatinedynamit (65 % Nitroglyzerin enthaltend) in 12 Schüssen vorgenommen; die Schüsse wurden gleichzeitig zur Detonation gebracht. Nach der vorgeschriebenen Wartezeit begab sich die Fördermannschaft an das Aufräumen des ständig feucht gehaltenen Haufwerkes. Den Leuten fiel auf, daß der Explosionsschwaden nicht so vollständig abgezogen war wie sonst; einige wollten einen süßlichen, einer einen sauerkrautähnlichen Geruch bemerkt haben. Daß der Schwaden anders gefärbt gewesen sei wie sonst (womit nicht gesagt ist, daß nicht eine geringe Menge nitroser Gase beigemischt gewesen sein könne), gibt keiner an; dieser Umstand wäre erfahrenen Bergleuten und Obersteigern doch gewiß aufgefallen. Jedes Mal, wenn das Haufwerk frisch aufgehackt wurde, drang der auffällige Geruch daraus hervor, so daß die Bergleute ihre zunächst daran arbeitenden und sich mit den Köpfen darüber bückenden Kameraden besonders aufforderten, die Köpfe weg zu halten. Schon nach einigen Minuten trat bei einem von ihnen Uebelkeit und Erbrechen auf; der Obersteiger ließ ihn deshalb ausfahren. Da nach einigen Minuten noch mehr Leute über Kopfweh und Uebelkeit klagten (andere fühlten sich ganz frisch), ließ der Obersteiger die gesamte Mannschaft ausfahren.

An der frischen Luft erholten sich scheinbar alle, so daß auch die schwerer ergriffenen ihre Wohnungen ($^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunde weit) zu Fuß aufsuchen konnten. Der am schwersten Erkrankte ließ einen Arzt rufen, dem er über Atembeschwerden, Leibschmerzen, Uebelsein, und mehrmaliges Erbrechen klagte;

Kratzen im Halse und Hustenreiz bestand nicht; ebensowenig gelber, brauner oder blutiger Auswurf; objektiv war nichts festzustellen als geringe Rötung des Gesichts. Die Atembeschwerden nahmen zu, wiederholte Krämpfe traten auf und nach 5 Stunden verschied der Mann. Die Leiche wies keine kirschroten Flecken, sondern „am Körper leichte, im Gesichte sehr starke Zyanose" auf.

Ein zweiter Bergmann, der zu Anfang weniger ergriffen war als der erste, rief ebenfalls ärztliche Hilfe an und klagte auch über Atemnot, Uebelkeit und Erbrechen; auch bei ihm steigerte sich die Atemnot, wiederholte Krämpfe traten auf und nach 4—5 Stunden erfolgte das Ableben. Die Leiche hat der Arzt nicht gesehen.

Beide hatten sich nach Verlassen der Grube etwa eine Stunde lang wohl gefühlt; erst dann waren die Beschwerden aufgetreten. Das Krankheitsbild war erst zu Beginn ein leichtes und gab dem in Behandlung von Sprenggasvergiftungen erfahrenen Knappschaftsarzte keinen Anlaß zur Besorgnis. Blutproben wurden leider nicht spektroskopisch untersucht.

Wegen des bedrohlichen Ablaufes der Erkrankung wurden nun sämtliche 13 Arbeitskameraden dem Landkrankenhause in H. zugewiesen, wo sie zum Teil erst am 3. Tage nach Einatmung der kritischen Explosionsgase ankamen. Dort wurden sie aufgenommen unter der Diagnose „Grubengasintoxikation", rechnend mit der Möglichkeit einer CO-Vergiftung.

Der Bericht des Landkrankenhauses sagt:

„Alle Patienten litten an subjektiver Dispnoe. Alle zeigten livide Verfärbung der exponierten Körperstellen; Blut livide, gerinnt langsam. O-Inhalation mit Venäsektion und Na-Cl-Infusion bringen schnell objektive und subjektive Besserung. Die schwerer Erkrankten hatten sehr schlechten Puls mit sehr kleiner Herztätigkeit, die sich auf Exzitantien nur unbedeutend hob. Alle zuerst eingefahrenen Bergleute hatten eine kupferrote, bläuliche Verfärbung der Wangen; auch sollen sie am ersten Tage blutiggefärbten Auswurf gehabt haben. Für eine anders geartete reizende Gasintoxikation spricht die bei allen Patienten nachweisbare und 2—10 Tage anhaltende trockene Bronchitis, Tracheitis, Pharyngitis."

Bei einigen Patienten wurde im Krankenhause noch Zyanose festgestellt, Respirationsfrequenzen bis 60 in der Minute, mehrfach leichte Temperatursteigerung, bei einem blutigen Auswurf am zweiten Tage nach dem Vorfalle.

Die zur spektroskopischen Untersuchung an Herrn Professor Guerber in Marburg geschickten Proben zeigten einen völlig negativen Befund.

Alle Patienten konnten nach wenigen Tagen als geheilt entlassen werden.

Sowohl die Bergbehörden und die Bergleute selbst, als auch die in Behandlung von Explosionsgas-, Kohlenoxyd- und Grubengasvergiftung reichlich erfahrenen Aerzte hatten den Eindruck, daß bei der kritischen Explosion abnorme Gase sich gebildet haben müßten und daß eine Abweichung von dem gewohnten Vergiftungsbilde vorliege. Insbesondere der unter abnormen Erscheinungen eingetretene Tod von zwei gesunden Männern ließ eine Aufklärung des Vorkommnisses notwendig erscheinen.

Normale und abnorme Zersetzungsprodukte des Dynamits. Das verwendete Gelatinedynamit enthielt nach Angabe der Fabrik 65% Nitroglyzerin. Bei normaler Explosion liefern 12½ Kilo des Sprengstoffes (die gebrauchte Menge als Endprodukt) 2924 Liter CO_2, 3125 H_2O und 1693 N, außerdem 318 Liter freien Sauerstoff (Angabe I). Ein zweites Gutachten eines Sprengstofflaboratoriums gibt die gleichen Zahlen, nur ohne freien Sauerstoff, aber mit dem Hinzufügen „außerdem Dämpfe, die Kopfschmerzen erzeugen." CO ist im allgemeinen

nicht in den Schwaden enthalten, außer durch Einfluß des umgebenden Materials. Bei den angegebenen Zahlen ist jedoch die theoretische Zersetzungsgleichung des Sprengstoffes zugrunde gelegt.

In der Wirklichkeit ändert sich die Zusammensetzung des Explosionsschwadens dadurch, daß sowohl das Patronenpapier, als auch die Zündervorrichtung an der explosiven Umsetzung teilnehmen. Bei normaler Explosion kann sich salpetrige Säure nicht entwickeln. Das Gutachten eines Königlichen Bergrevierbeamten bestreitet den Einfluß des umgebenden Materials (siehe oben) auf die Bildung nitröser Dämpfe. Lewin (in einem speziellen Gutachten) fand als Endzahlen der normalen Explosion CO_2: 32,68, CO: 34,3, Grubengas: 0,75, H: 10, N: 21. Dies widerspricht ja der theoretischen Zersetzungsgleichung, entspricht aber dem tatsächlichen Verhalten in der Praxis. Lewin[6]) schreibt daher: „In der Praxis bleibt also durch ungenügende Verbrennung CO übrig;" auch dem Luftdruck und der Entzündungstemperatur gibt er Schuld daran.

Brauner Schwaden soll sich entwickeln bei Gelatine-Dynamit, Karbonit, Pikrinsäure, Trinitrotoluol und Ammonal. Auch könne mancher Schuß durch einen Nachbarschuß mitgerissen und das Nitroglyzerin zerstäubt worden sein, so daß es zur Einatmung komme. Besonders komme dies bei hoher Temperatur vor (die ja in Bergwerken meistens vorhanden ist). In kleinen Ladedöchten können sich auch CN und Stickoxyd bilden; das schlimmste aber sei das CO.

Außerdem ist das Auskochen von Schüssen (Ausbrennen ohne Detonation) ein nicht seltenes Ereignis im Bergbaubetrieb. Dieser abnorme Oxydationsvorgang liefert natürlich ganz andere Produkte, besonders nitrose Dämpfe NO und N_2O_3. Hierbei brodelt aus den Bohrlöchern gelbroter Qualm,[7]) nicht schon bei normaler Explosion von Gelatine-Dynamit, wie Lewin meint.

Kockel[8]) beschäftigt sich eingehend mit der Frage, ob sich Blausäure als Verbrennungsprodukt des Zelluloids bildet; er kommt zu einem bejahenden Resultat. Seine Versuchstiere wiesen heftige Jaktationen auf und schrien laut vor dem Tode. Dann wendet sich Kockel der Minenkrankheit zu, die weder eine Schwefelwasserstoff-, noch eine Kohlenoxydvergiftung, sondern eine Blausäurevergiftung sei. Er stützt sich hierbei auf die Arbeiten von Eulenberg, Teschenmacher, Poret, Werther und Scheidemann, die Zyanentwicklung bei Zersetzung von Schießbaumwolle und Nitroglyzerin nachwiesen, und auf Arbeiten von Bunsen und Schischkoff, Nobel und Abel, Polek und Eulenburg, die Gleiches beim Schwarzpulver feststellten.

---

[6]) Berliner klin. Wochenschrift; 1907. — Zeitschrift für das gesamte Schieß- und Sprengwesen; 1907, Nr. 14 vom 15. Juli.
[7]) Siehe Heise und Herbst: Bergbaukunde.
[8]) Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin; 1903, Bd. XXVI.

Klinik der Vergiftungen: Daß eine Vergiftung mit Explosionsprodukten des Nitroglyzerins zustande kommt, dazu müssen nach Lewin (l. c.) folgende drei Bedingungen zusammentreffen:

1. Die Vorrichtungen zur Verhütung oder Entfernung des Giftes von der Arbeitsstätte bezw. von dem Entstehungsort müssen ungenügend sein.

2. Es ist erforderlich, daß das Gift oder das Giftgemisch an sich oder in der vorhandenen oder sich entwickelnden Menge wirkungsmächtig ist, im Körper Schädigungen zu erzeugen.

3. Es muß das dem Gift ausgesetzte Individuum ein geeignetes Substrat darbieten, d. h. genügend empfänglich sein.

Auch Jacobi[9]) hat den Einfluß der Explosionsprodukte auf den menschlichen Körper untersucht. Er schreibt:

„$C_3H_5(NO_3)_3$ soll bei vollständiger regulärer Zersetzung in CO_2, N und H_2O zerfallen. Aber, selbst wenn eine geringe Menge von unverändertem Nitroglyzerin durch Zerstäubung oder Verdampfung in die Atmungsorgane kommt, wird es außer einer Hyperämie nichts erzeugen, dagegen durch Methämoglobinbildung Kopfschmerz, Uebelkeit und Schwindel. Das Nitroglyzerin ist am süßlichen Geschmack erkenntlich. Geht die Explosion aber nicht normal vor sich, sondern kommt es nur zu einer Verbrennung ohne Detonation (Auskochen) z. B. in schlecht ventilierten Räumen, wenn dazu eine Patrone durch die Wirkung einer anderen zerstreut wird, ehe sie regulär explodiert, so entstehen 1. andere Gase, 2. kann Dynamit in größeren Mengen zerstäuben."

Hochecorne, Calloux und Fränzl geben an, daß dadurch salpetrige Säure, Kohlenoxyd und Stickoxyd entstehen, bei normaler Explosion aber die unschädlichen Endprodukte. Das Gleiche fand Le Hôte, dieser außerdem Stickstoffdioxyd; aber auch noch andere Nitroverbindungen sind festgestellt. Diese Gase: Stickoxyd, Stickstoffdioxyd, untersalpetrige und salpetrige Säure, können sehr heftige Reizung der Schleimhäute im Atmungsapparat erzeugen.

Diese letzte, von Jacobi (l. c.) nur angeschnittene Frage hat Lehmann[10]) mit seinen Schülern Diem und Hasegawa[10]) experimentell an Tier und Mensch eingehend studiert. Diem[11]) kommt nach Selbstversuchen mit Salpetersäure zu dem Resultat, daß 0,03 mg in 1 Liter Atmungsluft recht unangenehme katarrhalische Reizzustände macht, 0,2 mg in 1 Liter Atmungsluft auch nur für kürzeren Aufenthalt unerträglich ist. Er polemisiert gegen Hirt (Gasinhalationskrankheiten), der 1 bis 2 °/₀ (!) für unbedenklich hält. Bei Tieren wurde, je nach Dauer der Einatmung, die letale Dosis auf 0,4—0,8 mg auf 1 Liter Luft gefunden.

In den Studien über die Wirkung technisch und hygienisch wichtiger Gase und Dämpfe auf den Menschen (die nitrosen

---

[9]) Jacobi: Zeitschrift für das gesamte Schieß- und Sprengwesen; Jahrg. II, Nr. 14.

[10]) Lehmann u. Hasegawa: Archiv für Hygiene; Bd. 77.

[11]) L. Diem: Dissertation; Würzburg 1907.

Gase: Stickoxyd, Stickstoffdioxyd, salpetrige Säure, Salpetersäure) berichten Lehmann und Hasegawa (l. c.):

„Alle chemischen Autoren sind darüber einig, daß sich Stickoxyd NO mit überschüssigem Sauerstoff der Luft sofort quantitativ in NO_2, die braunen Dämpfe des Stickstoffdioxyds, umwandelt und daß dieses bei Berührung mit Wasserdampf glatt in salpetrige Säure und Salpetersäure übergeht.

$2\,NO_2 + H_2O = NO_2H + NO_3H.$

Diese Umwandlung muß zu einem Teil schon durch die Luftfeuchtigkeit eingeleitet werden, spätestens erfolgt sie an den feuchten Schleimhautflächen."

Experimentiert wurde von den Autoren mit Stickoxyd-Luftmischungen und mit einem Gemisch von salpetriger und Salpetersäure. Ihre Hauptresultate lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Alle nitrosen Gase wirken von der Lunge aus wie eine aequimolekulare Mischung von Salpeter- und salpetriger Säure (zu denen sie durch Sauerstoff und Wassereinwirkung werden). Die von der Lunge aus aufgenommenen Mengen bringen weder eine allgemeine Säurevergiftung noch eine spezielle Nitrit-, selten mehr als die Andeutung einer Nitritvergiftung hervor. Die Krankheitssymptome erklären sich vielmehr durch eine lokale Anätzung des Respirationstraktus. Zerebrale Nitriteinwirkungen sind nur bescheiden und im Tierversuch nicht eindeutig nachgewiesen; nur einmal wurde Methämoglobinbildung gesehen.

Beim Tier (Katze) treten rasch Lungenödem und gefahrdrohende Zustände ein, die entweder bald zum Tode führen oder in Heilung übergehen; beim Menschen folgt auf die Reizung eine Latenzzeit von 4, 6 oder mehr Stunden und dann eine ernste Erkrankung (ähnlich dem Gießfieber). Die Toleranzgrenze ist vorsichtig anzusetzen. 0,1 g salpetrige Säure und Salpetersäure können von vielen Menschen einige Stunden, 0,2 g nur etwa 1/2 Stunde ertragen werden, eine Gesamtmenge von 0,3—0,4 mg erscheint bei etwas längerer Einwirkung direkt gefährlich.

Chloroform als Heilmittel hält Lehmann für nutzlos, dagegen erscheinen ihm Sauerstoffinhalationen und evtl. Aderlaß als rationellere Therapie.

Für den bestimmten Zweck unserer Arbeit ist es von Interesse, auf die von Lehmann gesammelte Literatur über Erfahrungen am Menschen etwas ausführlicher einzugehen. Zunächst wird das Krankheitsbild beschrieben:

Ist die Konzentration der nitrosen Gase nicht gar zu groß, so wird die Belästigung als mässig empfunden. Hustenreiz, stechendes, trockenes Gefühl in Rachen und Kehle werden erwähnt, seltener Kopfweh und Erbrechen. Nach dem Verlassen der gifterfüllten Räume wird das Befinden leidlich; Lokalerscheinungen sind gering, Durstgefühl, manchmal etwas Kurzatmigkeit und Kopfweh. Nach 6—8 Stunden schwerere Symptome: hochgradige Atemnot, starke Halsschmerzen, brennender Durst und quälende Angst, krampfartige Hustenanfälle, an die sich manchmal Erbrechen anschließt. Patient ist vollkommen bei Besinnung und wird erst mit Abnahme der Atmung (nach etwa 24 Stunden) allmählich benommen. Der Tod tritt meist innerhalb der ersten 40 Stunden ein, frühestens etwa nach 6—8 Stunden. Gesichtsfarbe zu Beginn häufig blaugrau, später zyanotisch. Perkussion der Lunge ergibt nichts besonderes, Auskultation feines, zähes Rasseln (Bronchiolitis), später gröber und überall verbreitet. Auswurf anfangs zitronengelb und sehr zäh, dann rostfarben, weiterhin braunrot und dünnflüssig, ähnlich dem pneumonischen, bei gleichzeitigem Lungenödem.

Dann geben die Autoren aus der Kasuistik solche Fälle, die vom obigen Schema abweichen und Befunde darbieten, die man als Einwirkung auf andere Organe als die Lunge und die dadurch bedingten sekundären Störungen deuten kann.

Zunächst geht aus diesen Fällen ein großer subjektiver

Unterschied der Empfindlichkeit hervor, sowohl hinsichtlich der eingeatmeten Menge, wie der Zeitdauer der Einatmung und endlich der freien Intervalle. Lehmann betont besonders, daß ein symptomloses Intervall fehlen kann.

Bei Besprechung der einzelnen Symptome und ihrer Ursachen betrachtet Lehmann als Ursache für „Benommenheit, Mattigkeit und Schwindel“ die behinderte Atmung, vielleicht eine zerebrale Wirkung resorbierter Giftmengen und Methämoglobinbildung, stellt jedoch auch die Reaktion auf die starke Schleimhautreizung als ermüdend in Rechnung. „Uebelkeit und Erbrechen“ deutet er als Reflex auf den starken Reiz (Geruch, Geschmack), event. auch als Folge einer Verätzung der Magenschleimhaut; als Vergiftungssymptome erscheinen sie ihm unwahrscheinlich. „Husten, Auswurf, Atemnot, Tod“ werden auf die Anätzung des Respirationsapparates zurückgeführt; das Krankheitsbild wird mit den rasch aufeinanderfolgenden Stadien der kroupösen Pneumonie auf eine Stufe gestellt.

Der Tod erfolgt durch Lungenödem, das nie bei der Sektion vermißt wird; hiermit stimmt Kümmel überein, der auch oft pneumonische Herde gefunden hat. Einen Fall von Lassar, bei dem sich eine trockene Lunge fand, erklärt Lehmann damit, daß Patient an Glottisödem erstickt sei, ehe sich Lungenödem gebildet hatte.

Für „Fieber“ scheint Resorption der Anätzprodukte die plausibelere Erklärung zu sein; Lehmann denkt auch an Eindringen von Bakterien in die angeätzten Lungenpartien.

„Schweiße“ führt nur Czaplewski an, ohne Erklärung; vielleicht sind sie auf die Muskelarbeit bei Atemnot zurückzuführen.

Die beim Menschen häufig am Anfang beobachtete „graublaue Hautfarbe“ ist ein sicheres Zeichen für Methämoglobingehalt des Blutes. Lehmann hat öfters den Eindruck gewonnen, als ob Methämoglobinspuren sich zurückbilden können während der Behandlung des Blutes zur Untersuchung. Dieselbe Beobachtung glaube auch ich mehrmals gemacht zu haben. Schmieden sah tiefblauschwarzes Blut (17—20 Stunden nach Inhalation) aus einem „pflaumenblauen“ Ohr kommen; mit Wasser verdünnt wurde das Blut hellrot ohne spektroskopischen besonderen Befund.

An „Herzaffektionen“ verlor Kümmel 2 Fälle, die anfangs beschleunigte Aktion mit guter Pulsqualität, später Verlangsamung (40—45) bei weichem Puls zeigten.

Curschmann vermutet, daß der Herzmuskel eine Entartung durch das Gift erleidet.

Eulenberg[12]) und Czaplewski berichten über Harnzwang bezw. Anurie ohne Erklärungsversuch. Czaplewski

[12]) Eulenberg: Handbuch für Gewerbehygiene, 1876 und „Die Lehre von den Schwaden und giftigen Gasen“.

hat einmal akute parench. Nephritis gefunden; Lehmann wagt eine Erklärung hierfür nicht.

An „Nachkrankheiten“ sollen bei Genesenden besonders Vergrößerung und Erregbarkeit des Herzens, sowie narbige Schrumpfungen in den Lungen zurückbleiben.

Völlig vermisse ich aus den Sektionsprotokollen die Mitteilung, ob sich an der Leiche typische Methämoglobinbefunde gezeigt haben. F. Flury[13]) gibt nur an, Salpetersäure und nitrose Gase sind Methämoglobinbildner (braune oder bläuliche zyanotische Verfärbung der Haut.)

Außer den bisher behandelten Derivaten des Nitroglyzerins ist endlich auch noch das Kohlenoxyd ins Auge zu fassen. Daß es tatsächlich in praxi bei den Explosionen in mehr oder minder reichlichen Mengen gebildet wird, ist bereits oben aus den Arbeiten wie Lewin, Jacoby, Hochecorn, Cailloux, Fränzl und Le Hôte zitiert. Das klinische Bild der CO-Vergiftung ist ja genügend bekannt, da es auch dem Praktiker häufiger zu Gesichte kommt (Kohlendunst, Leuchtgas, Kloaken etc.). Man nimmt an, daß schon 1 Prozent Kohlenoxyd tötlich wirken kann. Leuchtgas enthält Kohlenoxyd bis zu 6 %. An sich ist Kohlenoxyd geruchlos, wird aber meistens durch den Geruch brenzlicher Beimischungen verraten. Der Grad der Vergiftung hängt von der eingeatmeten Gasmenge und der individuellen Empfindlichkeit ab. Ein sehr konzentriertes Gemenge kann plötzlich töten. Bei langsamer Wirkung entsteht intensiver Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Betäubung, auch Tobsucht, Krämpfe, Atemnot, denen häufig der Tod folgt, auch Gefäßerweiterung, Herzklopfen, Lähmungen (Flury l. c.). Das Kohlenoxyd geht mit dem Hämoglobin eine feste Verbindung ein, indem es den Sauerstoff verdrängt und dessen Neuaufnahme verhindert, so daß Erstickung eintritt; auch scheint es die Nervencentra spezifisch zu beeinflussen. Aus den Gefäßerweiterungen erklären sich die Ernährungsstörungen in der Peripherie und im Gehirn. — Die Erholung geht langsam vor sich. Von Nachkrankheiten sind hervorzuheben: Neigung der Gewebe zu Zerfall und Gangrän, Glykosurie, Blödsinn mit Paralysen. Stupor, Amaurose, Hyperästhesien, Schlafsucht, Polyurie, Verdauungsstörungen; endlich weist Lewin (l. c.) darauf hin, daß sich nicht selten Tuberkulose anschließt, die nach seiner Ansicht allerdings nur aus einer bis dahin latenten manifest geworden ist. Der Befund der Leiche zeigt dünnflüssiges, hellrotes — in dicken Schichten kirschrotes Blut, hellrote Totenflecke, Muskeln frischrot, seröse Häute hell — bis rosenrot, Kohlenoxydhämoglobin, kapillare Blutungen in den Organen, hochgradige Organdegenerationen, auch Erweiterungsherde im Gehirn.

Kritik des praktischen Falles: Betrachtet man nun beim vorher geschilderten Falle den ganzen Ablauf der Sprengung

---

[13]) Siehe Lochte: Gerichtsärztliche Technik; 1914.

und die bei der Aufräumung gemachten Beobachtungen, und vergleicht diese mit den landläufigen Erfahrungen über Dynamitschwaden, sowie die sowohl bei den verstorbenen, als bei genesenden Bergleuten beobachteten Krankheitsbildern (bei ersteren auch den Leichenbefund) mit den geschilderten Vergiftungserscheinungen der erörterten Gase, so ist Folgendes zu bemerken.

Der Explosionsschwaden besteht nie aus einem Gase allein, sondern ist immer ein Gemische von so und so vielen verschiedenen Gasen, oft noch physikalische Beimengungen (Ruß, Staub etc.) enthaltend. Daß diese Gasgemische nie ein einheitliches Krankheitsbild auslösen, ist demnach einleuchtend; außerdem ist 1. im einzelnen Falle hinterher ihre Zusammensetzung nicht mehr festzustellen und 2. weiß man nicht, wie die Gase in verschiedenen Mischungen wirken. Man kann also nur sein Augenmerk darauf richten, welches Gas wohl in einer vergiftungstauglichen Menge entstanden sein kann, aber nicht durch ein zweites Gas paralysiert wird, und endlich, welchem Vergiftungsbild die beobachteten Krankheitserscheinungen am nächsten kommen.

Hätten sich in unserem Falle nitrose Gase entwickelt, so wäre ein gelbroter Schwaden beobachtet worden, der den erfahrenen Bergleuten und -beamten sicherlich aufgefallen wäre. Die Beobachtung, daß der Schwaden süßlich gerochen habe, läßt sich nicht nur für Zerstäubung von Nitroglyzerin verwerten, sondern auch für die flüchtigen Nitrile, denen diese Geruchsqualität gemeinsam ist, besonders dem Propio- und Kapronitril. Wenn einer der Bergleute den Geruch als „sauerkrautähnlich“ kennzeichnete, so ist darauf zu sagen, daß 1. der Geruch von Sauerkraut tatsächlich mitunter ein süßlicher ist, 2. über den Geschmack nicht zu streiten ist, weil die Geruchs- und Geschmacksunterscheidungen höchst persönlich sind, und 3. die höchste Verdünnung von Kapronitril eine Geruchsempfindung auslösen kann, die wohl entfernt an den Geruch des Sauerkrauts erinnern kann. Da nur ein einziger angibt, diese Geruchsempfindung gehabt zu haben, so ist nicht auszuschließen, daß bei ihm auch noch andere Einflüsse als die Explosionsgase mitgewirkt haben.

Der Umstand, daß bei jedesmaligem Aufhacken des Haufwerkes dieser den Leuten unbekannte Geruch emporstieg und daß diese emporquellenden Gase auf jene Leute am Intensivsten einwirkten, die mit dem Gesicht am nächsten dabei waren, spricht dafür, daß in dem Haufwerke flüchtige, wasserlösliche Gase enthalten waren. Rechnet man hinzu die warme Temperatur in der Tiefe eines Bergwerkes und die bei der Explosion entwickelte Hitze im Haufwerke, so findet man die günstigsten Bedingungen zur Beimischung in die Atemluft.

Können nun schon die normalen Endprodukte der Dynamitzersetzung die normale Luft soweit verdrängen, daß Erstickungserscheinungen auftreten, so fiele aber erstens der fremdartige Geruch weg und zweitens hätte die Rückkehr in die frische

Außenluft zur Reparation des Gesundheitszustandes führen müssen.

Auf Kohlenoxyd kann die Vergiftung weder bei den zwei Verstorbenen noch auch bei den nur Erkrankten zurückgeführt werden; denn bei dieser Vergiftung kommt es entweder rasch zum Tod oder es erfolgt Heilung oder es treten bestimmte Nachkrankheiten auf. Zudem geht das Kohlenoxyd mit dem Hämoglobin eine feste Verbindung ein; auch würde die anscheinend nur geringe eingeatmete Gasmenge, wenn es Kohlenoxyd gewesen wäre, nicht den Tod von zwei Menschen herbeigeführt haben. Endlich zeigen die Totenflecke bei CO-Vergiftung eine kirschrote Farbe. Alle diese Erscheinungen fehlten in dem vorliegenden Falle; insbesondere ist der Tod nicht rasch, sondern nach einer freien Pause eingetreten; Nachkrankheiten sind ausgeblieben; die Leichenfarbe war hoch zyanotisch. Auch der Nachweis von Kohlenoxyd ist in keiner der untersuchten Proben gelungen, worauf jedoch kein entscheidender Wert zu legen ist.

Was weiter die nitrosen Gase (Stickoxyd, Stickstoffdioxyd, salpetrige Säure und — spätestens bei der Einatmung sich bildend — Salpetersäure) anlangt, so ist gegen diese schon die Farbe des Sprengschwadens angeführt; auch der Geruch des Schwadens spricht dagegen, da er in diesem Falle nicht als süßlich, sondern als kratzend bezeichnet sein würde. Innerlich appliziert wirken diese Stoffe unmittelbar als Blutgifte, als Methämoglobinbildner; bei der Einatmung aber ist diese Wirkung geringer; es treten die Erscheinungen der Verätzung und Reizung im Respirationstraktus in den Vordergrund; als unmittelbare Todesursache erscheint das Oedem der Lungen. Krämpfe werden in der Literatur, nicht im Krankheitsbilde geschildert; sollten solche einmal auftreten, so erklären sie sich zwanglos als Erstickungserscheinungen und haben nicht den heftigen schnellenden Charakter wie bei der Blausäure und ihren Derivaten. Die beobachteten Leute haben aber weder über Kratzen im Halse, noch auch zu Beginn der Krankheit über Hustenreiz geklagt; bei Verätzung der Schleimhäute hätte diese doch oben im Respirationstraktus beginnen und sofort Hustenreiz ausüben müssen. Auch Auswurf ist nur wenig und meist erst spät beobachtet; die Patienten selbst hatten allerdings behauptet, am ersten Tage blutigen Auswurf gehabt zu haben, ein solcher ist aber nur bei einem Falle von ärztlicher Seite festgestellt. Die Ursache für diesen Auswurf ist nicht aufgeklärt; daß eine schwerere Verätzung nicht in Betracht kommt, erhellt daraus, daß Patient schon am 3. Tage wieder genesen war; vielleicht ist es ein Zufallsbefund oder Folge eines angestrengten Hustenstoßes. Ob bei den nicht festgestellten Fällen nicht etwa rötlicher Kalisalzstaub eingeatmet war, ist nicht kontrolliert. Von einer Verätzung kann wohl auch hier nicht die Rede sein, da eine solche, wenn sie so heftig ist, daß sie zu Blutungen führt, nicht in 1—2 Tagen ausgeheilt sein

könnte. Warum sollte diese Verätzung am heftigsten gerade bei dem Bergmann sein, der nicht einmal am nächsten und am meisten mit den Gasen in Berührung gekommen war? Dann hätten doch die zwei Verstorbenen solche Aetzungssymptome in stärkerem Maße aufweisen müssen.

Lungenödem ist bei keinem Patienten festgestellt.

Die Bildung von Nitrilen oder von Methämoglobin ist in den untersuchten Blutproben nicht nachgewiesen. Leider ist von den beiden Toten keine Blutprobe zur Untersuchung eingeschickt worden. Allzu großes Gewicht kann allerdings auch dem Versagen des Methämoglobinnachweises nicht zugelegt werden, da einmal bei der Einatmung die Nitril- und Methämoglobinbildung in der Lunge lokalisiert bleiben und sich anderseits, wie erwähnt, gezeigt hat, daß Blut, das offensichtlich Methämoglobin enthielt, nach Vermischen mit Wasser das bezügliche Spektrum nicht erkennen ließ.

Hinsichtlich des Auftretens eines freien Intervalles ist festzustellen, daß dies sowohl bei Vergiftung mit nitrosen Gasen, wie auch mit Blausäure und Blausäureabkömmlingen vorkommt. Allein, wenn auch bei Nitrosevergiftungen ein freier Zwischenraum bis zum Eintritt schwerer Krankheitszeichen beobachtet wird, so werden doch leichtere Zeichen, wie Kratzen im Hals und Hustenreiz, nicht ganz fehlen, wenn sie auch von dem Patienten nicht beachtet werden.

Endlich und entscheidend spricht gegen eine Nitrosevergiftung neben der zuerst beobachteten Rötung des Gesichtes, die bis „kupferfarbig“, keinesfalls aber als „graublau“ bezeichnet ist, vor allem das Auftreten von Krämpfen. Daß dies nicht die gewöhnlichen (durch Erstickung ausgelösten Zuckungen sub finem), sondern regelrechte klonische Krämpfe waren, wurde von den Familienangehörigen der Verstorbenen ausdrücklich bestätigt.

Diese bisher geschilderten, besonders das Fehlen von Methämoglobinbildung, sprechen auch gegen die Einatmung zerstäubten Nitroglyzerins.

Vergleicht man dagegen die geschilderten Krankheitsbilder (zuerst Rötung des Kopfes, später Zyanose, Uebelkeit, Erbrechen, Erholen an der frischen Luft, dann Exitus unter Atemnot und klonischen Krämpfen, bei den Ueberlebenden Bronchitis, Fehlen jeglicher Nachkrankheit) mit den für Nitrile beschriebenen Krankheitsbildern und den von uns selbst durch Einatmung von Nitrilen hervorgerufenen Symptomenkomplexen, so stehen sich diese sicherlich näher als den durch andere Atmungsgifte hervorgerufenen.

Außerdem ist in Betracht zu ziehen, daß die Entstehung von Zyan und Zyanverbindungen bei Dynamitexplosionen feststeht. Hat es sich bei unserem Falle um Zyanderivate gehandelt, so müssen diese flüchtig und wasserlöslich gewesen sein; dies sind vor allem die Nitrile: Propio- und Kapronitrile, die sich zudem durch große Giftigkeit auszeichnen.

Es spricht demnach eine große Wahrscheinlichkeit dafür, daß die Todes- und die Erkrankungsfälle auf der Grube H. durch flüchtige Nitrile verursacht sind, die in dem entstandenen Gasgemisch die wirksamsten Substanzen gewesen sein dürften.

Vorbeugungsmassregeln und Therapie: Zum Schlusse zwei kurze Worte über die vorbeugenden Maßregeln gegen solche Schwadenvergiftungen und über die kurativen Maßnahmen bei bereits erkrankten Menschen:

1. Ob durch Ueberschütten des Haufenwerkes mit Alkalien (gelöschtem Kalk) derartige traurige Vorkommnisse verhindert werden können, wäre immerhin zu versuchen.

2. Bei Patienten, die eine Zyan- oder Zyanverbindungsintoxikation erlitten haben, kann das Natriumthiosulfat unbedenklich subkutan oder intravenös angewandt werden, da es für den Menschen ein indifferenter Körper ist. Nach den günstigen Beobachtungen am Säugetier (Kaninchen) ist zu erwarten, daß es auch beim Menschen — rechtzeitig und in genügender Menge angewendet — eine heilende Wirkung ausüben wird.

Zum Schlusse möchte ich nicht verfehlen, Herrn Prof. Guerber-Marburg für die freundl. Anregung zu dieser Arbeit, wie auch für die liebenswürdige Förderung während der Ausarbeitung vielmals zu danken.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Die Kremation vom hygienischen, volkswirtschaftlichen und gerichtlich-medizinischen Standpunkte. Von Dr. Ernst Kalmus, Landgerichts- und Polizeibezirksarzt in Prag. Das österreichische Sanitätswesen; 1914, Nr. 45.

Auf Grund seiner höchst bemerkenswerten Ausführungen, in denen er alle Nachteile und Vorzüge der Feuerbestattung, insbesondere die dagegen erhobenen gerichtsärztlichen Bedenken eingehend erörtert, faßt K. seine Meinung über die Frage der Feuerbestattung folgendermaßen zusammen:

„I. Die Feuerbestattung bietet gegenüber der Erdbestattung namentlich dort hygienische Vorteile, wo für ein einwandfreies Erdbegräbnis nicht gesorgt werden kann.

Diese Vorteile würden sich besonders dann geltend machen, wenn für bestimmte Infektionskrankheiten, deren Erreger sich in der Leiche und im Erdboden noch lange virulent erhalten, die obligatorische Feuerbestattung eingeführt werden würde, wie dies für die Pest, Cholera, Lepra, das Gelbfieber, schon in verschiedenen Staaten der Fall ist, und wenn eine Art gefunden werden könnte, sie auch auf dem Schlachtfelde in ausreichender und der modernen Kremationstechnik entsprechender Weise verwenden zu können (Internationale Konvention).

II. Die Feuerbestattung bietet, wenn sie an einem großen Prozentsatze der Leichen stattfindet, besonders in den Großstädten bedeutende wirtschaftliche Vorteile, welchen jedoch der von verschiedener Seite geäußerte, wie mir scheint, nicht unberechtigte Einwand gegenübersteht, daß dadurch die Friedhöfe wesentlich verkleinert werden und den Großstädten oft wertvolle Luftreservoire genommen werden würden.

III. Die Feuerbestattung, auch die fakultative, hat aber den großen

Nachteil, daß sie das Material, welches die Leiche als Objekt der gerichtlich-medizinischen und gerichtlich-chemischen Untersuchung bildet, nahezu vollkommen unbrauchbar macht. — Sie bedarf daher viel strengerer Kautelen, als das Erdgrab, in welchem sich die Leiche noch längere Zeit so erhält, daß sie nicht nur für anatomische, sondern auch für gerichtlich-chemische Untersuchungen als Material dienen kann, Untersuchungen, welche zu sehr wichtigen Aufschlüssen für die Rechtspflege führen können.

Diese Kautelen müßten meines Erachtens bestehen:

a) In einer viel strenger als bisher durchzuführenden obligatorischen ärztlichen Leichenschau durch einen beamteten Arzt, welchem vorher eine ausführliche Krankengeschichte des behandelnden Arztes vorzulegen wäre. — Der behandelnde Arzt sollte nicht gleichzeitig Leichenbeschauer sein;

b) in obligatorischer, sanitätspolizeilicher Obduktion, in allen Fällen von angeblichem Selbstmord oder Unfall und in allen nicht ganz einwandfrei aufgeklärten Todesfällen (bei plötzlichem Tode, Tod nach Operation, nicht vorliegender oder unzureichender Krankengeschichte bei unbekannten Leichen usw.;

c) in obligatorischer Durchführung der gerichtlichen Obduktion, falls der die äußere Besichtigung oder die sanitätspolizeiliche Obduktion durchführende Amtsarzt die geringsten Verdachtsmomente findet oder die Todesursache durch die sanitätspolizeiliche Obduktion nicht einwandfrei sichergestellt erscheint. — Bei Verdacht auf eine Vergiftung obligatorische Durchführung der gerichts-chemischen Untersuchung;

d) Feststellung der Identität der Leiche unmittelbar vor der Einäscherung, da eine nachträgliche Identifizierung durch Exhumation nicht mehr möglich ist;

e) in internationalen Abmachungen bezüglich des Transportes von Leichen ins Ausland, damit die oben angeführten Kautelen nicht umgangen werden können, speziell Vorsorge dafür, daß die Krematorien keine Leichen verbrennen, bei welchen nicht alle oben angeführten Vorsichtsmaßregeln durchgeführt sind."

Bei diesen Vorschlägen hat K. das Hauptgewicht auf die obligatorische Durchführung der sanitätspolizeilichen, beziehungsweise gerichtlichen Obduktion gelegt, da erfahrungsgemäß heute wohl von den zuständigen Behörden, sowie auch von den Feuerbestattungsfreunden der Kosten wegen diese nicht für nötig erachtet werde. Diesem Einwande könnte jedoch durch fixe Besoldung der am Sitze des Krematoriums zu bestellenden Prosektoren entgegentreten werden, etwa in der Weise, daß, wie das heute schon in manchen Großstädten der Fall ist, für die sanitätspolizeilichen Obduktionen je nach der Zahl derselben ein Jahrespauschale gezahlt würde, das den wirtschaftlichen Vorteilen der Feuerbestattung gegenüber nicht ins Gewicht falle. Jedenfalls seien bei der Feuerbestattung strenge Kautelen notwendig; sie zu schaffen, müsse den Juristen und Nationalökonomen im Vereine mit den berufenen sanitären Autoritäten insbesondere auf den Gebieten der Hygiene, gerichtlichen Medizin und gerichtlichen Chemie überlassen werden. Rpd.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Versorgung der Neurosen und Psychosen im Felde. Von Prof. Dr. W. Weigandt-Hamburg-Friedrichsberg. Mediz. Klinik; 1914, Nr. 39.

W. bespricht zunächst kurz Häufigkeit und Arten der im Felde vorkommenden Geistesstörungen, um dann auf die Behandlung überzugehen. Die Befallenen sind als felddienstuntauglich zu bezeichnen. Die Fälle von psychischer Störung infolge Hitzschlag oder Gehirnerschütterung eignen sich nicht zum Transport, bei hysterischen und epileptischen Erregungen wartet man die bald eintretende Beruhigung ab, auch Erschöpfungspsychosen bedürfen einer gewissen Ruhezeit. Bei allen anderen psychischen Störungen ist ein möglichst schneller Transport angezeigt. Dabei macht man vorteilhaft Gebrauch von Hyoszin (0,001) komb. mit Morphium (0,02), in Notfällen auch von Chloroform- oder Aether-Narkose. Als Beruhigungsmittel kommen ferner zur Verwendung: Trional, Luminal, Paraldehyd, Amylenhydrat und Chloralhydrat. Für den Transport in die Heimat läßt sich leicht ein Wagen in den Lazarett-

zügen herrichten, in dem die Kranken, am besten in Zivilkleidung, befördert werden, um dann in geeigneten Krankenhäusern Aufnahme zu finden.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Wahnideen und Sinnestäuschungen. Von Dr. Albrecht-Treptow a. R. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; Band 71, S. 493.

Gegenüber der Annahme der Variabilität der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, deren Vertreter gerade die Variabilität für den Grundcharakter jeder Wahnvorstellung und Sinnestäuschung erklären, zeigt Verfasser an einem durch die lange Krankheits- und Beobachtungsdauer bemerkenswerten Fall — Patient war 54 Jahre geisteskrank bei einem Endalter von 90 Jahren und hat 50 Jahre davon in Anstalten zugebracht — die auffällige Konstanz der Sinnestäuschungen, die sich auf dem Gebiete des Gehörs, Geschmacks und Gemeingefühls bewegten; sie waren zu Beginn der Krankheit und im Verlauf derselben die gleichen wie kurz vor dem Tode. Verfasser begründet seine Auffassung durch eingehende Analyse der langen Krankengeschichte. Zum Abblassen des Wahns kam es trotz des langen Bestehens nicht, eine Verknöcherung des Wahns war nicht zu erkennen; von Residualwahn, von Verblödung konnte keine Rede sein, auch lag eine psychische Schwäche nicht vor.

Dr. Többen-Münster.

Beiträge zur Fehldiagnose Hysterie. Von Dr. med. Hans Wachsmuth, Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Eichberg im Rheingau. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten; Band 52, Heft 3.

Hysteriforme Symptome bei organischen Hirnkrankheiten, besonders in ihrem Beginne, führen oft auf kurze oder längere Zeit, ja selbst bis zum Tode der Kranken zur Fehldiagnose Hysterie, in manchen Fällen mit einer gewissen Gesetzmäßigkeit. Wegen der großen praktischen Bedeutung der Beachtung solcher Irrtümer für die Erkenntnis der Krankheiten hält Verfasser es für wünschenswert, daß möglichst viele solche Fälle ohne alle persönlichen Rücksichten zur Veröffentlichung gelangen. Auch in den ausführlich vom Verfasser mitgeteilten 5 Fällen wurde irrtümlich Hysterie angenommen. Im ersten Fall ergab dann die Sektion ein traumatisches subdurales Hämatom; in der Presse wurden dieserhalb Vorwürfe erhoben. Auch der zweite Fall ergab subdurales Hämatom; im dritten Fall wurde tuberkulöse Meningitis, im vierten Falle multiple Sklerose durch die Sektion festgestellt. Im fünften Fall wurde zunächst manisch depressives Irresein, dann Hysterie, zuletzt Dementia praecox begutachtet.

Dr. Többen-Münster.

Zur forensischen Bedeutung und Behandlung der mit psychischen Störungen einhergehenden Menstruationszustände. Von K. Boas. Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik; Band 53, Heft 3—4.

Verfasser macht darauf aufmerksam, daß besonders auffallende und aufregende Ereignisse während der Menstruation zu krankhaften verbrecherischen Handlungen, z. B. Tötung der Kinder, Veranlassung geben können; er empfiehlt daher bei schweren psychischen menstruellen Verstimmungen die Kastration sowohl der Patientin, als der Kinder wegen.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Ein Verbrechen aus Freude am Betrug. Von Rechtsanwalt Gustav Weber-Straßburg i. E. Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik; Band 54, Heft 1—2.

Verfasser schildert die Geschichte eines vielfach bestraften Mannes (Diebstahl, Urkundenfälschung, Unterschlagung, Betrug, Landstreicherei usw.), den sein Wandertrieb fast nach allen Ländern der Erde geführt hat. Wie die psychiatrische Untersuchung ergab, handelte es sich um eine Degenerationspsyche, die aber angeblich bisher die Voraussetzungen des § 51 des St.-G.-B. nicht erfüllt hatte.

Eine genaue Nachrevision des Aktenmaterials und erneute Untersuchung des Betreffenden dürfte vielleicht doch zu anderen Schlußfolgerungen kommen.

Dr. v. Mach-Bromberg.

C. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Die Schätzung der Erwerbsunfähigkeit bei der Neurasthenie. Von Stabsarzt Dr. Otto Meltzer-Freiberg i. Sachsen. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1914, Nr. 11.

Für die Beurteilung ist von ausschlaggebender Bedeutung, ob die Neurasthenie auf hereditärer Basis beruht oder erworben ist. Hinsichtlich der Prognose ist die zweite Form im allgemeinen als die günstigere zu bezeichnen. Schlechtere Aussichten bietet dagegen die traumatische Neurasthenie und die auf chronischen Alkohol- und Morphiummißbrauch zurückzuführende.

Die objektiven Symptome: Steigerung der Sehnenphänome und der mechanischen Muskelerregbarkeit, abnorme Erregbarkeit des Herznervensystems und vasomotorische Störungen, sowie Zittern und fibrilläre Zuckungen berechtigen an sich noch nicht zur Annahme einer Beschränkung der Erwerbsfähigkeit.

Auf Grund einmaliger Untersuchung soll die Beurteilung der Erwerbsbeschränkung neurasthenischer Personen niemals erfolgen; hierzu ist eine längere Beobachtung, am besten in einer Klinik, erforderlich. Es ist bei erstmaliger Begutachtung stets nur eine zeitige Erwerbsbeschränkung, keine dauernde Erwerbsunfähigkeit anzurechnen. Dr. Dörschlag-Bromberg.

Bedingte Unfallfolgen bei Augenverletzungen. Von Professor Dr. zur Nedden, Augenarzt in Düsseldorf. Aerztl. Sachv.-Zeitung; 1914, Nr. 11.

Verfasser beschäftigt sich mit der Frage, ob die Besserung der zur Zeit des Unfalls herabgesetzten Sehschärfe des unverletzten Auges ein Grund zur Rentenminderung im Sinne des § 88 des Unfallversicherungsgesetzes ist.

Nach der Spruchpraxis des R. V. A. ist die Besserung der Sehschärfe des unverletzten Auges kein Grund zur Rentenkürzung, weil die Sehstörung des nicht verletzten Auges keine Unfallfolge ist.

Zur Nedden führt hypothetische Fälle an, die die Unklarheit und das Uneinheitliche in der Rentenfestsetzung nach diesem Modus beleuchten sollen.

Die Unklarheit und Unsicherheit beruht nach seiner Ansicht in dem Umstande, daß der Begriff „Unfallfolge“ zu eng gefaßt wird. Er schlägt den Ausdruck der „bedingten Unfallfolgen“ vor, bei denen dann die Besserung den Voraussetzungen des § 88 entspräche. Dr. Dörschlag-Bromberg.

Landwirtschaftliche Erntearbeiten und Fehlgeburten. Von Dr. Mayer-Simmern. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1913, Nr. 18.

Die angestrengte landwirtschaftliche Arbeit kann für die Entstehung von Fehlgeburten von größter Bedeutung sein.

Auf dem Hundsrück konnte die Beobachtung gemacht werden, wie alljährlich z. Z. der Heuernte sich Fehlgeburten einstellten, die lediglich als Folgeerscheinung der Mitarbeit der schwangeren Frauen bei den schweren landwirtschaftlichen Arbeiten aufzufassen waren.

Verfasser teilt 4 von ihm im Juni und Juli 1911 behandelte Fälle mit, in denen der ursächliche Zusammenhang zwischen Fehlgeburt und Berufsarbeit unzweifelhaft erschien. Als begünstigendes Moment war die große Hitze des Frühsommers anzusehen.

In den entsprechenden Wochen des Jahres 1912 waren weniger Schädigungen zu beobachten, weil die Temperaturverhältnisse wesentlich günstigere waren.

Hier Abhilfe zu schaffen ist ein Werk größter sozialer Bedeutung. Diese Abhilfe ist zu suchen in der Aufklärung der ländlichen Bevölkerung, in der Entlastung der schwangeren Frau durch Bereitstellung von ausreichenden Hilfskräften während der Zeit der dringendsten Arbeiten. In dieser Beziehung sei der Ernteurlaub der Soldaten von Wert.

Dr. Dörschlag-Bromberg.

Landwirtschaftliche Erntearbeiten und Fehlgeburten. Von Dr. Seres-Kastellaun. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1913, Nr. 24.

Verfasser hat in seiner Praxis ähnliche Beobachtungen gemacht, wie sie in der Abhandlung des Herrn Dr. Mayer-Simmern (siehe das vorstehende

Referat) niedergelegt sind. Auch er kann die Tatsache bestätigen, daß sich im Frühjahr und Herbst die Fehlgeburten häufen, weil alsdann auch die schwangeren Frauen sich den schweren landwirtschaftlichen Arbeiten nicht entziehen können.

Auch das frühe Altern, das frühe Siechtum, den oft schnellen Verfall bei schwerer Krankheit hält Verfasser für eine Folgeerscheinung der zu starken Inanspruchnahme der Frauen zur Arbeit. Ihre Kräfte würden durch häufige Geburten, lange Laktationsperioden bei gleichzeitig schwerer Arbeit und häufig schlechter Ernährung oft vorzeitig verbraucht.

Den Schwerpunkt, um Wandel zu schaffen, sieht Verfasser in der Aufklärung der Bevölkerung durch Lehrer und Aerzte.

Dr. Dörschlag-Bromberg.

Traumatische Ossifikationen und Frakturen des Condylus internus des Knies. Von Dr. Afr. Serra-Bologna. La Medicina degli Infortuni del lavoro e delle Assicurazioni sociali; 1914, Nr. 3.

Verfasser führt in Kürze 13 solcher Fälle an, die durch schematische Abbildungen und Röntgenbilder illustriert werden, um darzutun, daß die traumatischen Affektionen am inneren Kondylus in zweierlei Formen vorkommen, nämlich in seltenen Fällen als eigentliche Fraktur infolge direkter Gewalteinwirkung, häufiger als eine Ossifikation infolge direkter Kontusion oder Bindegewebszerrung. Die Knochenabsprengungen lassen sich meist durch chirurgische Eingriffe beseitigen, dagegen bereiten die Ossifikationen mit ihren funktionellen Störungen allerlei Schwierigkeiten dem ärztlichen Eingreifen. Gerade nach geringfügigen Läsionen, die den Kranken erst später ins Gedächtnis kommen, sind oft größere funktionelle Störungen vorhanden; erst die genaueren Nachforschungen lassen häufig erkennen, daß ein Trauma vorgelegen hat.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Schadenersatzpflicht für die durch die Prozeßführung verursachten seelischen Aufregungen als mittelbare Folgen des Unfalls. Urteil des Reichsgerichts (VI. Z.-S.) vom 7. Mai 1914.

Bei der Beurteilung des dem Kläger erwachsenen Erwerbsschadens geht das Berufungsgericht davon aus, daß er eine — leichte — Verletzung des Nervus peroneus erlitten hat, und betrachtet als Quelle der weiteren Verschlimmerung die mit der Prozeßführung verbundenen seelischen Aufregungen. Die Einbuße an Erwerbsfähigkeit schätzt das Berufungsgericht für die ersten vier Monate auf 100%, sodann bis 31. Dezember 1904 auf $66^2/_3$%, bis 7. Oktober 1910 auf $33^1/_3$%, von da an auf 20%. Der Sachverständige hat ausgeführt: Wenn es gelinge, die Entschädigungsfrage durch Abfindung aus der Welt zu schaffen, sei zu erwarten, daß der nervöse Erregungszustand des Klägers in einiger Zeit abklinge und damit auch die beste Gewähr für den Eintritt einer Gewöhnung an die — an sich leichte — Behinderung der Bewegungsfähigkeit des linken Unterschenkels erlangt werde; binnen etwa vier bis sechs Jahren sei dann ein völliges Abklingen der Unfallfolgen zu erwarten. Trete dagegen ein Rentenverfahren ein, so sei eine solche Entwicklung der Dinge nicht zu erwarten, die Rente vielmehr als Dauerrente in Aussicht zu nehmen. Gegen die Annahme des Berufungsurteils, daß eine Besserung jedenfalls nicht vor Ablauf mehrerer Jahre eintreten werde, mit irgendwelcher Sicherheit nicht zu erwarten und bei der langen Dauer der Krankheit des Klägers praktisch nicht mehr mit einer Besserung zu rechnen sei, wendet die Revision unter Berufung auf die wiedergegebenen Ausführungen des ärztlichen Gutachtens ein, darnach wäre eine als Unfallfolge anzusehende geminderte Erwerbsfähigkeit des Klägers nur etwa höchstens noch für sechs Jahre anzuerkennen gewesen, wogegen eine für eine fernere Zukunft etwa in Betracht kommende weitere Erwerbsunfähigkeit des Klägers . . . . auf Grund des mindestens analog heranzuziehenden § 254 BGB. von dem Kläger selbst zu vertreten, besonders auf sein Bestreben zurückzuführen sei, sich auf seine ganze Lebenszeit eine Rente zu sichern. Ein solches Bestreben nimmt indessen das Berufungsgericht im vorliegenden Falle auf seiten des Klägers durchaus nicht an. Das ärztliche Gutachten hat Aussicht auf Besserung nur für den Fall der Kapitalabfindung — statt Rente — eröffnet. Der Regel des § 843 BGB.

nach kann der Verletzte nur Rente fordern; von diesem Regelfalle durfte das Berufungsgericht um so mehr ausgehen, als im Rechtsstreite kein tatsächlicher Anhalt dafür hervorgetreten ist, eine Einigung über einen zur Abfindung zu zahlenden Kapitalbetrag werde zustande kommen. Der Ausspruch, die Besserung sei mit irgendwelcher Sicherheit nicht zu erwarten, entbehrte daher der prozeßgerechten Grundlage keineswegs, und die weitere Annahme, praktisch sei mit einer Besserung nicht zu rechnen, beruht nicht auf der Begünstigung einer Furcht des Verunglückten, infolge fortschreitender Gesundung die Rente zu verlieren, sondern auf der Berücksichtigung des Umstandes, daß der Kläger seit dem Unfall an dessen Folgen schon eine längere Reihe von Jahren hindurch krankt. In allen diesen Richtungen liegen Erwägungen vor, die dem Bereiche des tatrichterlichen Ermessens angehören, ihrem Ergebnisse nach in der Revisionsinstanz nicht nachzuprüfen sind und im übrigen einen Rechtsverstoß nicht erkennen lassen. Auch die weiter beanstandeten Ausführungen des Berufungsgerichts darüber, daß auch die mit dem vorliegenden Prozesse verbundenen seelischen Aufregungen den Gesundheitszustand des Klägers ungünstig beeinflußt hätten, ergeben keinen Anlaß zu rechtlichen Bedenken.

(Sächsische Korrespondenz.)

Bewertung der Röntgenaufnahme bei Feststellung und Beurteilung von Rückgratverletzungen. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes vom 13. März 1914.

Inhalts des von der Unfallabteilung der Kgl. Charité in Berlin erstatteten Gutachtens hat die Untersuchung des Klägers keinerlei Anzeichen dafür ergeben, daß eine Verletzung der Wirbelsäule, des Rückenmarks und der austretenden Nerven bei dem Unfall vom 20. August 1910 stattgefunden hat. Dieses auf eingehender mehrmaliger Untersuchung des Klägers beruhende Gutachten wird unterstützt durch das von denselben Gutachtern aufgenommene Röntgenbild, welches völlig normale Verhältnisse aufweist. Damit ist bestätigt, daß, was schon in den früher von Autoritäten erstatteten Gutachten angenommen war, klinische Erscheinungen, die für eine Rückenwirbelverletzung sprachen, nicht vorhanden sind. Ferner muß aber der bisher unter den Aerzten bestehende Zwiespalt über die Frage, ob die Röntgenaufnahme anatomische auf den Unfall zurückführbare Veränderungen an den Wirbeln erkennen lassen, als im verneinenden Sinne erledigt gelten. Demgemäß muß nunmehr angenommen werden, daß zurzeit keinerlei Schädigung des Klägers durch Unfallfolgen vorhanden ist. Dasselbe gilt aber auch von der früheren Zeit. Auch bei allen früheren Untersuchungen hat sich stets ein negativer klinischer Befund ergeben, und wenn einzelne Sachverständige aus den früher aufgenommenen Röntgenbildern eine Verletzung von Wirbelkörpern herauslesen zu sollen glaubten, so standen diesen wieder andere Gutachter gegenüber, welche gerade aus diesen Aufnahmen einen völlig normalen Befund feststellten. Ueberzeugend führt aber das Gutachten der Charité aus, daß, wenn der Unfall, der in einer Quetschung des Rückens bestand, irgendwelche erheblichen, die Erwerbsfähigkeit des Klägers beschränkenden Folgen gehabt hätte, sich im Laufe der Zeit klinisch wahrnehmbare Krankheitserscheinungen gezeigt haben müßten, die keinem der Gutachter hätten entgehen können. Solche Erscheinungen sind aber nicht wahrgenommen worden. Hiernach bleibt allein noch zu prüfen, ob die Schmerzen, über welche der Kläger sich beschwert, und deren Vorhandensein die Gutachter als möglich anerkennen, mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen sind. Aber auch in diesem Punkte führt das vom R.-V.-A. eingeholte Charité-Gutachten überzeugend aus, daß diese Schmerzen zwanglos durch die bei dem Kläger, unabhängig von dem Unfall vorhandene Fettgeschwulst und auf den Bruch, an dem er leidet, erklärt werden können. Sie können deshalb — zumal bei dem Fehlen eines auf den Unfall zurückzuführenden objektiven Befundes — nicht mit auch nur einiger Wahrscheinlickeit auf den Unfall als Ursache zurückgeführt werden. Der Unfall hat daher über die 13. Woche hinaus keinerlei die Erwerbsfähigkeit des Klägers beschränkenden Folgen gehabt; danach hat er auch keinen Anspruch auf Rente. (Kompaß; 1914, Nr. 11.)

D. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

1. Bakteriologie und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im allgemeinen.

Verhütung der übertragbaren Krankheiten im Heere. Von Prof. Dr. Kurt Brandenburg-Berlin. Mediz. Klinik; 1914, Nr. 34.

Die Erfahrungen des Friedens kommen der Seuchenbekämpfung im Kriege zugute. Als nächste Maßregeln sind zu nennen Aufklärung und geregeltes Meldewesen, wozu gegenseitige Mitteilungen zwischen Militär- und Zivilbehörden, auch im okkupierten Lande, gehören. Hygienisch geschulte Aerzte müssen das mit Truppen zu belegende Gelände erkunden, evtl. Schließung oder Beseitigung gesundheitsgefährlicher Brunnen, Keimfreimachung von Milch aus typhusverseuchten Orten etc. veranlassen. Weiter haben die Truppenärzte Krankheiten in den Quartieren und den Wasserentnahmestellen erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken, sowie gegen Verseuchung durch Milch und Nahrungsmittel Vorkehrungen zu treffen. Besondere Vorsichtsmaßregeln sind auch geboten bei der Einstellung von Ergänzungsmannschaften, die, sobald sie aus verseuchten Gegenden stammen, durch bakteriologische Untersuchungen als frei von Krankheitskeimen zu erweisen sind, ehe sie der Truppe zugeteilt werden. Besonders große Aufmerksamkeit und evtl. strenge Durchführung von Sicherheitsmaßregeln sind im Aufmarschgebiet geboten. Ueber die gemeingefährlichen Krankheiten in Feindesland ist die Heeresleitung im Frieden schon unterrichtet, so daß Vorkehrungen getroffen werden können. Bei der Belegung verlassener Ortschaften kommen hauptsächlich als Infektionsquellen das Wasser (Vergiftung!) und unsaubere Wohnungen in Betracht. Der Einschleppung von Seuchen durch Kriegsgefangene kommt Internierung in Kriegsseuchenlazaretten und Beobachtungsstationen zuvor, woraus die Beobachteten erst nach der Genesung und Desinfektion ihrer Sachen entlassen werden. Das Streben der Sanitätsoffiziere muß überhaupt dahin gehen, einen guten Gesundheitszustand der Truppen zu erhalten, was sich durch strenge Beaufsichtigung der Unterkunft, des Trinkwassers, der Aborte und Latrinen in Massenquartieren, der Beseitigung der Abfallstoffe, ferner der Zusammensetzung, Zubereitung und Verteilung der Kost, der Bekleidung und Ausrüstung erreichen läßt.

Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Die Bazillenträger und ihre Bedeutung für das Gesundheitswesen der Stadt Bukarest. Von Dr. Georges Miron. Revue d'Hygiene vom 20. April 1914; Bd. XXXVI, Nr. 4.

Die Verbreitung von Scharlach in Bukarest konnte in vielen Fällen (Rückkehrfälle) nicht anders als durch Bazillenträger erklärt werden. Die 6wöchentliche Internierung von Scharlachkranken genügt im allgemeinen nicht. Man müßte die Rekonvaleszenten über 6 Wochen hinaus in einem besonderen Genesungshaus internieren. Ferner ist auch eine Erweiterung der Anzeigepflicht auf Masern notwendig, weil sehr häufig leichte Scharlachfälle mit Masern verwechselt werden und eine Ansteckungsquelle für weitere Erkrankungen bilden.

Bei der Bekämpfung der Diphtherie hat man mit den prophylaktischen Impfungen keinen Erfolg erzielt. Hingegen hat die systematische Untersuchung und Ermittelung von Bazillenträgern ausgezeichnete Dienste getan.

Für die Bekämpfung des Typhus, der in Bukarest, wegen des schlechten Wassers, ebenso wie andere Darmkrankheiten, keineswegs selten ist, ist eine gute Wasserversorgung von größter Wichtigkeit. Der Typhus kommt besonders in den Monaten häufig vor, in welchen viel Gemüse genossen wird, da dieses meistenteils gänzlich ungewaschen und roh verzehrt wird.

Auch die Tuberkulose fordert in Bukarest sehr zahlreiche Opfer. Der sechste Teil aller Todesfälle fällt auf Tuberkulose. Die Ursache liegt in den schlechten Wohnungsverhältnissen, dem Alkoholismus und der schlechten Ernährung.

Pocken sind sehr selten, seitdem die ausländischen Arbeiter vor Betreten des Landes an der Grenze geimpft werden.

Dr. Dohrn-Hannover.



2. Cholera.

Studien über Cholerabekämpfung. Von Prof. V. Babes-Bukarest. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 77.

Babes war von der rumänischen Regierung beauftragt, bei der Bekämpfung der Cholera mitzuwirken, die unter der rumänischen Armee in den okkupierten Gegenden Bulgariens ausgebrochen war. Aus den sehr reichen Ergebnissen dieser Tätigkeit seien folgende Punkte hervorgehoben: Im Gegensatz zu von anderer Seite ausgeführten Schutzimpfungen erwiesen sich die von Babes ausgeführten Schutzimpfungen (über 1/2 Million) als recht wirksam. Erforderlich ist jedoch nach seinen Erfahrungen eine möglichst gründliche Durchimpfung der gesamten gefährdeten Bevölkerung. Die Impfung hat zweimal mit mindestens 4 mg Bazillen zu erfolgen. Bei auf diese Weise behandelten Personen ist nach zwei Tagen einer verminderten Resistenz eine fast absolute Immunität erreicht. Bei Bazillenträgern ist die Immunisierung ohne Einfluß auf die Bazillenausscheidung. Bei Cholerakranken konnte ein sicher heilender Einfluß der Impfungen nicht festgestellt werden. Es werden weiter spezielle Vorschriften und Beobachtungen über Herstellung der Impfstoffe gegeben.

Ferner weist Babes auf die Wichtigkeit einer genauen und absolut zuverlässigen bakteriologischen Diagnose hin, da er beobachten konnte, daß in zahlreichen Laboratorien in dieser Beziehung grundlegende diagnostische Versuche nicht angestellt wurden und so gänzlich fehlerhafte Ergebnisse und epidemiologische Fehlschlüsse gezeitigt wurden. Im Gegensatz zu den Beobachtungen solcher Anstalten, die die spezifischen Reaktionen (Agglutination mit hochwertigem Serum) außer acht ließen, konnte B. feststellen, daß 95 % der Bazillenträger nur 2—4 Tage nach ihrer Feststellung Bazillen ausscheiden. Kein einziger dieser Bazillenträger erkrankte an Cholera; es konnte auch kein Fall festgestellt werden, wo ein sicherer Bazillenträger die Cholera verschleppt hätte. Es erkrankten immer nur solche Personen, die in den Tagen vorher noch keine Bazillen ausgeschieden hatten. Babes schließt aus diesen Beobachtungen, daß die Inkubation bei der Cholera nicht, wie bisher angenommen, 5 Tage beträgt, sondern 1 Tag, sehr selten 2 Tage dauert. Er behauptet auf Grund seiner Erfahrungen, daß die Cholerainfektion hauptsächlich weder durch Bazillenträger noch durch Personen, die sich im Inkubationsstadium befinden, auf viele Strecken verschleppt wird, sondern daß, wenn zwischen dem Kontakt einer Person mit Cholerakranken mehr als 6 Tage verflossen sind, angenommen werden darf, daß die Krankheit sehr wahrscheinlich durch Wasser, Nahrungsmittel oder Effekten verbreitet wurde. Es sind deshalb bei der Bekämpfung der Cholera allgemein hygienische Maßnahmen (Assanierung der Wasserwerke) und Isolierung und Desinfektion von größter Bedeutung.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Zur Prophylaxe der Cholera. Von Dr. Franz Rosenthal, 1. Assistenzarzt der I. inneren Abteilung des Krankenhauses Friedrichshain in Berlin. Medizinische Klinik; 1914, Nr. 35.

Durch den Krieg mit Rußland ist die Gefahr der Cholera besonders für das Heer nahe gerückt. Eine Immunisierung der aktiven Truppenkörper ist nicht möglich; deshalb ist die Prophylaxe von größter Bedeutung. Die Uebertragung geschieht durch infizierte Hände, Speisen und Getränke; demnach ist eine gründliche Reinigung der Hände mit Wasser und Seife vor jeder Mahlzeit und beim Feldküchenpersonal auch vor der Bereitung jeder Mahlzeit erforderlich. Der Genuß von rohem Obst und Maiskolben ist zu vermeiden. Getränke außer Bier, Wein und Mineralwasser müssen vor dem Genuß abgekocht, oder im Notfalle vor dem Trinken mit Zitronensäure oder flüssiger Phosphorsäure (in den Feldapotheken vorrätig zu halten) angesäuert werden. Körperliche Exzesse sind als disponierende Momente zu betrachten und zu vermeiden. Die persönliche Prophylaxe wird unterstützt durch die staatliche: Verbot der ambulatorischen Behandlung profuser Diarrhoen, Beaufsichtigung der Selterwasserfabriken, Einschränkung des Schnapsausschankes und -verkaufes, Verbot der Verabreichung von ungekochtem Wasser und Gefrorenem in Wirtschaften etc. des gefährdeten Bezirkes. Diese Maßregeln sind auch wirksam gegen Typhus- und Ruhrinfektionen. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Medizinische Eindrücke von einer Expedition nach Bulgarien, speziell ein Beitrag zur Diagnose und Therapie der Cholera asiatica. Von Dr. Franz Rosenthal-Berlin. Berl. klin. Wochschr.; 1914, Nr. 8, S. 342.

Bei einer allgemeinen Besprechung des klinischen Bildes macht R. auf ein bisher unbekanntes, prognostisch absolut infaustes Symptom, die Zyanose, des Penis aufmerksam. Sie ist ein Zeichen einer Ausbreitung des entzündlichen Prozesses bis in die untersten Darmteile.

Bisweilen kann die Malaria unter dem klinischen Bilde der Cholera auftreten, erst die Blutuntersuchung gibt Aufschluß. Auch für die Diagnose der Cholera ist die Blutuntersuchung von großer Wichtigkeit. Neben der durch Eindickung des Blutes hervorgerufenen Vermehrung der roten Körperchen findet man eine starke Leukozytose mit Werten bis zu 50 000 im cbmm. Die meisten Todesfälle erfolgten im asphyktischen Stadium am ersten oder zweiten Krankheitstag; ein Teil starb später im Cholera-Coma, nachdem eine tage- bis wochenlange scheinbare Genesung voraufgegangen war. Das klinische Bild entsprach dem Coma diabeticum, durch Injektion einer 3°/o Lösung von Natrium bicarb. in physiologischer Kochsalzlösung trat zuweilen Heilung ein.

Dr. Beintker-Düsseldorf.

Ueber die Maßnahmen bei der Bekämpfung der Cholera in Serbien. Von Stabsarzt Dr. Aumann-Berlin. Berl. klin. Wchschr.; 1914, Nr. 13, S. 589.

Das Hauptgewicht bei der Bekämpfung muß auf sorgfältige individuelle Prophylaxe gelegt werden, d. h. auf persönliche Reinlichkeit. Als Mittel zur Unterstützung der keimtötenden Wirkung der Magensäure ist der Genuß schwacher Säuren anzuraten (Acid. lactic. 3—4 x tgl. 3—4 Tr. in Tee). Die befallenen Ortschaften werden durchsucht und sämtliche Kranke in Baracken übergführt. Zur bakteriologischen Untersuchung genügt bei späteren Untersuchungen die Anreicherung durch Peptonwasser und die Feststellung der Agglutination in dieser Vorkultur. Therapeutisch stets Kochsalzinfusionen und Exzitantien. Bei Cholera konnte die Bolustherapie noch nicht angewandt werden; aber in einigen Fällen von akutem Brechdurchfall hat sie sich sehr bewährt. Dr. Beintker-Düsseldorf.

---

3. Typhus.

Ueber das Vorkommen von Typhusbazillen im Blut eines „gesunden" Bazillenträgers. Von Dr. Ebeling-Straßburg. Berl. klin. Wchsch; 1914, Nr. 9.

E. fand bei der Untersuchung des Blutkuchens einer Frau, die vor mehreren Jahren Typhus durchgemacht hatte, Typhusbazillen. Der Widal war gleichzeitig in der Verdünnung 1:200 stark positiv. Vier Wochen später war der Widal nur 1:100 schwach positiv und der Blutkuchen steril. Interessant ist, daß, trotzdem die Frau schon längst als Bazillenträgerin verdächtig war, bei ihr nie Bazillen nachgewiesen werden konnten, da sie stets Stuhl von anderen eingesandt hatte. Erst als der „Stuhllieferant", ihr Ehemann, gestorben war, wurden bei ihr Bazillen festgestellt. Dr. Beintker-Düsseldorf.

Beobachtungen über die Ausscheidung der Typhusbazillen durch Bazillenträger (Dauerausscheider). Vnn Dr. Albert Hirschbruch-Metz. Berl. klin. Wochsch.; 1914, Nr. 25, S. 1177.

Bei Dauerausscheidern treten oft lange Phasen auf, in denen Bazillen nicht nachweisbar sind, z. B. wurden bei einer Bazillenträgerin bei täglicher Untersuchung 52 negative zwischen 2 positiven erhoben, in einem anderen Falle dauerte die bazillenfreie Pause mehr als 3 Jahre und 10 Monate.

Die Menge der ausgeschiedenen Bazillen kann ganz enorm sein. Durch Aussat auf Agarplatten wurde eine Zählung der im Stuhl enthaltenen Keime vorgenommen und in den gewachsenen Kolonien die Prozentzahl der Bazillenkolonien bestimmt. Es ergaben sich Zahlen bis 100°/o. d. h. die Bazillen wurden in Reinkultur ausgeschieden. Durch Eingabe von Abführungsmittel (empfohlen werden Aloe 0.22 Podophyllin 0.02 in Pillen) kann die Ausscheidung von Bazillen befördert werden. Bei regelmäßiger Ausscheidung kann sie vorübergehend durch Kalomel 0.3 und Tannoform 1.0 unterdrückt werden, jedoch werden die Bazillen bald gegen das Mittel widerstandsfähig. Dr. Beintker-Düsseldorf.

Die Schutzimpfung gegen Typhus. Von H. Sachs. Aus dem Kgl. Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. Medizinische Klinik; 1914, Nr. 40.

Die passive Immunisierung hat bei Typhus keinen befriedigenden Erfolg gehabt; dagegen haben die verschiedenen Methoden der aktiven Immunisierung gute Resultate ergeben, wie die Statistiken über die Impfungen in den Armeen beweisen. In Amerika ist die Impfung gegen Typhus in der Armee seit 1911 obligatorisch mit dem Erfolge, daß 1913 nur 0,03 ‰ Erkrankungen gegen 3,2 ‰ mit 24 Todesfällen im Jahre 1908 vorkamen. Zu verdanken ist die Einführung der Typhusschutzimpfung beim Menschen den Arbeiten von Pfeiffer und Kolle; die ursprüngliche Methode hat Abänderungen erfahren in England und Frankreich. In Deutschland gelangen zur Verwendung bei 55° abgetötete 24stündige Agarkulturen, die in steriler Kochsalzlösung so aufgeschwemmt werden, daß 1/2 ccm der zur Injektion gelangenden Aufschwemmung 500 Millionen Typhusbazillen enthält. Die erste Dosis beträgt 1/2, die in Abständen von 7 bis 10 Tagen folgenden Injektionen je 1 cm^3 dieser Aufschwemmung. Die Injektion erfolgt subkutan am Oberarm, Brust oder Rücken. Die Reaktionen sind lokale und allgemeine. Die lokalen äußern sich in Schwellung, Rötung und Schmerzhaftigkeit der Umgebung der Injektionsstelle, die allgemeinen in Kopfschmerzen, Mattigkeit, Temperatursteigerung, Schüttelfrost, Uebelkeit eventl. Erbrechen; jedoch sind diese nach den neueren Erfahrungen minimal: 94,3 % der Impflinge bleiben fieberfrei, in 5,3 % steigt das Fieber bis 38°. Eine Schutzimpfung ist demnach allen anzuraten, die der Gefahr einer Typhusinfektion ausgesetzt sind. Es ist auch bereits über günstige Erfolge bei therapeutischer Anwendung nach erfolgter Infektion berichtet. Bei besonders gefährdeten Truppenteilen empfiehlt sich das Verfahren wegen seiner Harmlosigkeit und Wirksamkeit. Dr. L. Quadflieg-Gelsenkirchen.

Abortivbehandlung von typhösen Krankheiten. Von Sadikichi Ichakawa. Aus dem städtischen Momoyama-Krankenhaus zu Osaka, Japan. Dir.: Prof. Dr. Masuyama. Zeitschrift für Immunitätsforschung und experimentelle Therapie; Bd. XXIII, H. 1.

Verfasser injiziert 87 Typhuskranke mit den mit Menschen-(Rekonvaleszenten-)serum sensibilisierten Typhusvakzinen und konnte durch ein- oder zweimalige intravenöse Applikation dieser Vakzine über die Hälfte abortiv heilen, bei den übrigen Fieber und Krankheitsdauer günstig beeinflussen. Diese Typhusvakzine wirkte auch auf Paratyphus. An Nebenerscheinungen gelangten zur Beobachtung: Darmblutungen, Haemoptoe, Nasenblutungen, Hautblutungen, zuweilen Reaktionsfieber meist über 40° mit Frost. Bei Herzschwäche und Schwangerschaft ist die Vakzination kontraindiziert. Die Mortalität betrug 11 % gegenüber 30 % bei den nicht mit Vakzination behandelten. Subkutane Impfung kommt der intravenösen nicht gleich, da die Resorption zu langsam von statten geht. Duch Selbstversuch stellte Verfasser fest, daß sich durch subk. Einverleibungen ein guter Schutzwert erzielen läßt. Ueber Herstellung und Dosierung der Vakzine vergleiche Original.

Dr. L Quadflieg-Gelsenkirchen.

Ueber die Verschleppungsmöglichkeit pathogener Darmbakterien durch Brot. Von Dr. Fürst. Münchener med. Wochenschrift; 1914, S. 1441.

Anläßlich einer Haus-Typhusepidemie in einer Kindererziehungsanstalt, bei der der lebhafte Verdacht der Verbreitung des Typhus durch Brot aus einer Bäckerei bestand, in der nachweisbar vorher Typhusfälle vorkamen, prüfte Fürst die Haltbarkeit der Bazillen nach den verschiedenen Brotarten. Je derber und dicker die Rinde ist, desto geringer ist die Haltbarkeit der Typhusbazillen. Die Keime bleiben an der Oberfläche und sind der Gefahr des Aushungerns ausgesetzt. Besonders gefährdet ist daher das Weißbrot. Dazu kommen noch zwei Umstände: das Weißbrot wird alsbald nach der Bereitung dem Verkehr zugeführt und an dem Weißbrot, namentlich als Bestandteil der Küche, werden die Bazillen abgestreift (Knödelbrot).

Dr. Graßl-Kempten.

E. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Soziale Hygiene.

Sozialpolitik oder Ehereform im Kampf gegen Geburtenrückgang. Von Dr. Eisenstädt Sexualproblem; 1913, Nr. 12.

Verfasser stellt folgende Schlußsätze auf:

I. Die Frühehe, das ist die Verbindung eines geschlechtlich unberührten Mannes mit einem geschlechtlich unberührten Mädchen, ist physiologisch begründet. Die frühe Mutterschaft bedingt bei einem konstitutionell gesunden Weibe Schutz vor mannigfachen Krankheiten.

II. Die Monogamie ist der Anfang der Gleichberechtigung zwischen Mann und Weib.

III. Ohne Reform der Monogamie bleibt der Sozialismus ein utopisches Traumgebilde. Die Völker mit primitivem Typus der Monogamie bedrohen die Existenz der Kulturvölker, die die Spätehe durchgeführt haben.

IV. Die Reform der Monogamie besteht in folgenden Hauptzügen: 1. Lebenslängliche Asylisierung der Artungsträger (Grotjahn). 2. Zwang zur Frühehe. 3. Zwang zur Enthaltung vom ehelichen Verkehr während der ganzen Mutterschaft. 4. Unterbringung der Mütter in Mutterschutzgenossenschaften.

V. Dieses Ziel wird zunächst durch einen Versuch der Selbsthilfe: Bildung freiwilliger Mutterschaftsversicherungen, erreicht.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ist die Auffassung gerechtfertigt, daß die Berliner Bevölkerung körperlich entartet? Von Stabsarzt Dr. Meinshausen-Frankfurt a. O. Archiv für soziale Hygiene und Demographie; Bd. IX, H. 1.

1. Die in der Statistik des Deutschen Reiches enthaltenen Zahlen über die Ergebnisse des Heeresergänzungsgeschäftes sind keine brauchbare Grundlage für die Beurteilung der Wehrfähigkeit einer Bevölkerung. 2. Die aus den niedrigen und stetig abnehmenden Tauglichkeitsziffern Berlins gezogenen Schlüsse auf eine zunehmende Degeneration der Berliner Bevölkerung entsprechen nicht den Tatsachen. 3. Im Gegenteil zeigt die Berliner Bevölkerung dank der starken Zuwanderung aus der Provinz in den letzten 20 Jahren eine Zunahme der durchschnittlichen Körperentwickelung, wie aus der Zunahme der Körpergröße und des Brustumfanges zu schließen ist. 4. Der großstädtische Ersatz ist überhaupt schlechter als der des flachen Landes und der kleinen Städte. 5. Jedoch liegt kein Grund vor zu der Annahme, daß der Ersatz Berlins erheblich schlechter sei als der anderer Großstädte. 6. Die geringe Wehrfähigkeit des großstädtischen Ersatzes ist dadurch bedingt, daß die großstädtischen Berufe in der Hauptsache an geschlossene Räume gebunden sind und keine wesentliche Muskelarbeit erfordern. 7. Hierdurch erfahren auch die Nachkommen der in die Großstädte zuziehenden Provinzbewohner höchstwahrscheinlich eine Umbildung in dem Sinne, daß sie zwar größer, aber schmächtiger werden als ihre Väter. 8. Dieser Umbildungsprozeß ist unerwünscht. Er kann aber verhindert werden durch stärkere Heranziehung der schulentlassenen Großstadtjugend zu Turnen und Turspielen im Freien. 9. Da eine freiwillige körperliche Betätigung des größten Teiles der Berliner Jugend nicht zu erreichen ist, erscheint die Einführung des Turnunterrichts in die Pflichtfortbildungsschule erforderlich. 10. Wenn die gesamte großstädtische Bevölkerung an regelmäßige Leibesübungen gewöhnt wird, läßt sich eine wesentliche Hebung der Wehrfähigkeit des großstädtischen Ersatzes erreichen. 11. Es ist nichts schlechter geworden, muß aber alles besser werden.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Rachitis und Bevölkerungsdichte. Von Dr. Reiche-Charlottenburg. Zeitschrift für Krüppelfürsorge; 1913, Nr. 4.

Das Auftreten und die Schwere der Erkrankung geht mit der Bevölkerungsdichte des Landes. In dem dicht bevölkerten Sachsen kommen über dreimal soviel rachitische Krüppel auf 10000 Einwohner wie z. B. in dem verhältnismäßig arm bevölkerten Schleswig-Holstein (5,6 : 10000 gegen 1,83 : 10000). Es spielen dabei allerdings auch die kräftigere Rasse und die

bessere Ernährung eine große Rolle. Der Unterschied ist aber doch so groß und so deutlich, daß an einem Einfluß der Bevölkerungsdichte gar nicht gezweifelt werden kann. Einen wirksamen Kampf gegen die Rachitis wird man daher nur führen können, wenn es gelingt, die Schäden des dichten Zusammenwohnens möglichst zu verringern. Dazu ist es erforderlich, daß gerade in den Gegenden der dichtesten Bevölkerung zahlreiche große, sonnige und sandige Spielplätze geschaffen werden, auf denen sich die Kinder herumtummeln können. Wenn irgend möglich, müßte eine gedeckte, an den Seiten aber offene Spielhalle auf jedem Spielplatz aufgestellt werden, damit die Kinder auch bei Regenwetter in frischer Luft sich bewegen können. Es gibt aber eine Anzahl Kinder, denen nur noch zu helfen ist dadurch, daß man sie hinausbringt auf das weite freie Land. Dort müßten sie bleiben, bis die Rachitis ausgeheilt und es nicht mehr zu befürchten ist, daß sie sich wieder verschlimmert, wenn die Kinder in ihre ungünstigen Verhältnisse zurückkommen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

2. Medizinalbeamte und öffentliches Gesundheitswesen.

Die Notwendigkeit vollbeschäftigter Amtsärzte in Amerika. Vortrag in der Sektion für prophylaktische Medizin und Hygiene der am. med. ass. Von Harold B. Wood, D. P. H., Rochester, Minn. The jour. of the am med. ass. LXI, 1913, Nr. 20, S. 1773.

Der Autor bringt eine Darlegung der Gründe, die es dem beschäftigten Arzte nicht ermöglichen, die Pflichten eines Medizinalbeamten zu erfüllen: die Rücksicht auf seine Praxis, auf seine Kollegen, die Furcht, als Eindringling in die fremde Praxis zu gelten, hemmen seine Tätigkeit. Nur der Gesundheitsbeamte, der mehr Begeisterung, als Praxis hat, der keinen Wunsch nach Freundschaft mit den Aerzten hegt, der überall ungehemmt auftreten kann, der nicht durch Beruf, Freunde oder Politik gestört wird, wird zu einem erfolgreichen, ersprießlich wirkenden Amtsarzt.

In New-York ist nach einem neuen Entwurf vorgesehen, daß die amtierenden Stadt- und Landamtsärzte beibehalten werden sollen, daß sie aber solchen Beamten zu unterstellen sind, die hygienische Ausbildung haben und über größere Distrikte Verwaltungsbefugnisse genießen sollen. Der Staat soll in 12 oder mehr Distrikte zerfallen. Das Gesetz empfiehlt ein Gehalt von 8000 Dollars; Stadt- und Landamtsärzte sollen ein Minimalgehalt von 800 Dollars erhalten.

In Massachusetts gibt es bereits einige vollbeschäftigte Medizinalbeamten, aber mit einem Gehalt von nur 800—1500 Dollars.

Dr. Mayer-Simmern.

Besprechungen.

Hans Much: Eine Tuberkuloseforschungsreise nach Jerusalem. Würzburg 1913. Verlag von C. Kabitzsch. Gr. 8°, 120 S. Preis: 3,50 M.

Much hat als Gast des für Jerusalem neu gegründeten internationalen Gesundheitsamtes die tuberkulose-aufklärenden Arbeiten übernommen und erstattet Bericht über die epidemiologische, ethnologische, wissenschaftliche, klinische und praktische Tuberkulosefrage. Das aufgestellte Programm begründet die Notwendigkeit einer festen Tuberkuloseforschungsstätte in Jerusalem in Angliederung an das Gesundheitsamt.

Prof. Dr. Roepke-Melsungen.

Geh. Rat Prof. Dr. **J. von Bauer**-München: **Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu München.** Bd. XV, 1909—1910. J. F. Lehmanns Verlag, München 1913. Gr. 8°, 722 S. Preis: 20 M.

Das 100jährige Bestehen des städtischen Krankenhauses links der Isar bot den Anlaß, die Geschichte der Anstalt zu schreiben und die Entwicklung des Krankenhauswesens darzustellen. Die Annalen gewinnen dadurch kulturhistorischen Wert und ermöglichen einen Ueberblick über den Fortschritt des letzten Jahrhunderts auf dem Gebiete des Krankenhauswesens. Es ist nicht erlaubt, aus dieser Entwicklung einzelne Bausteine herauszureißen, aber ge-

boten, auf die nach den verschiedensten Richtungen hin hochinteressante Fundgrube für Aerzte, Hygieniker, Baumeister und Verwaltungsbeamte hinzuweisen. Daran schließen sich Berichte und Statistiken aus den anderen städtischen Krankenhäusern Münchens und klinische Beiträge aus den einzelnen spezialistischen Abteilungen. Prof. Dr. Roepke-Melsungen.

Dr. P. Horn-Bonn: **Ueber nervöse Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen.** Verlag von A. Markus und G. Weber. Bonn 1913. Kl. 8°, 152 S. Preis 4 M., geb. 4,80 M.

In dem Vorwort weist Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rumpf-Bonn darauf hin, daß zu nervösen Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen mannigfache und verschiedene Krankheiten gezählt werden, die Erichsen als erster als Railwayspine beschrieben hat. Um größere Klarheit zu schaffen, hat R. das einschlägige Material von verschiedenen Eisenbahndirektionen gesammelt und sich von den Aerzten, die an der Behandlung und Begutachtung der Verletzten beteiligt waren, an der Hand eines Fragebogens Auskunft geben lassen über subjektives und objektives Befinden und über die Arbeitsfähigkeit der Verunglückten. Die Verarbeitung dieses Krankenmaterials hat Horn übernommen; sie erstreckt sich auf 173 Fälle und liegt in tabellarischer Uebersicht vor. Daran schließen sich „Leitsätze" bezüglich der einzelnen Krankheitstypen und hinsichtlich des Verlaufs und der Begutachtung. Die Schrift verdient zu Rate gezogen zu werden, wenn der Medizinalbeamte mit der Begutachtung von gesundheitlichen Störungen nach Eisenbahnunfällen betraut ist.

Prof. Dr. Roepke-Melsungen.

Tagesnachrichten.

Zur **Verleihung von Kriegsstellen auf Widerruf an die im Heeressanitätsdienst verwendeten landsturmpflichtigen Aerzte** ist unter dem 9. November d. Js. folgende Kaiserliche Kabinettsorder erlassen:

„Die in der Fußnote zu § 1 der Anlage 3 zur Kriegsbesoldungsvorschrift für Beamte getroffene Bestimmung wird auf die im Heeressanitätsdienst zur Verwendung kommenden landsturmpflichtigen Aerzte ausgedehnt. Diesen Aerzten ist die Kriegsstelle, in der sie Verwendung finden, auf Widerruf wirklich zu verleihen mit der Einschränkung, daß ein Recht auf einen bestimmten Dienstgrad und auf die mit einem Dienstgrad verbundene Uniform nicht eintritt."

In Ausführung dieser Kabinettsorder bestimmt der Erlaß des Kriegsministers vom 26. November 1914 folgendes:

1. Vorstehende Allerhöchste Kabinettsorder wird zur Kenntnis der Armee gebracht.

   Die Fußnote lautet, soweit sie in Betracht kommt:

   „Sollen landsturmpflichtige Personen in Beamtenstellungen Verwendung finden, so ist ihnen die Beamtenstelle auf Widerruf wirklich zu verleihen. Sie haben dann alle der Stelle entsprechenden Rechte und Pflichten. Für die Pensionsansprüche dieser Personen gelten die §§ 33 bis 35 des Offizierpensionsgesetzes."
2. Die bisher mit landsturmpflichtigen Aerzten abgeschlossenen Verträge behalten ihre Gültigkeit.
3. Die wirkliche Verleihung der Kriegsstellen auf Widerruf erfolgt durch die Generalkommandos auf Vorschlag der Korpsärzte, wobei möglichst das Approbationsalter, in erster Linie aber die Geeignetheit der betreffenden Aerzte maßgebend sein soll.
4. Die mit Stabsarzt-, Bataillons- oder Abteilungsarztstellen (Gebührnisnachweisung Nr. 1 C. 17 bezw. CC. 13) beliehenen landsturmpflichtigen Aerzte erhalten die Gebührnisse eines Stabarztes.
5. Wo besondere planmäßige Arztstellen für einen bestimmten Dienstgrad nicht vorgesehen sind, wie z. B. bei Reserve- und Festungslazaretten sowie bei Kriegsgefangenenlagern, stehen den als „Chefarzt oder ordinierender Arzt" verwendeten landsturmpflichtigen Aerzten die Gebührnisse eines Stabsarztes, allen übrigen Aerzten die eines Ober- oder Assistenzarztes zu."

Die gegen das französische kriegsgerichtliche Urteil gegen **deutsche Militärärzte und Sanitätspersonen** (s. Nr. 23 dieser Zeitschrift S. 804) durch amerikanische Vermittelung deutscherseits erhobene Verwahrung ist erfreulicherweise nicht ohne Erfolg geblieben; das Revisionsgericht des Militärgouvernements in Paris hat das Urteil wegen eines Formfehlers aufgehoben und die Sache vor ein anderes Kriegsgericht verwiesen, das hoffentlich zu einer Freisprechung gelangen wird.

Mehrfach dem Herausgeber gegenüber geäußerten Wünschen wird in Nr. 1 des nächsten Jahres eine **Ehrentafel und Ehrengedächtnistafel** veröffentlicht werden, die sämtliche Namen der bis Ende 1914 durch Kriegsorden ausgezeichnete sowie der im Kriege gefallenen Kollegen alphabetisch geordnet enthalten wird. Es ist deshalb davon Abstand genommen, in dieser Nummer wie bisher eine Fortsetzung der betreffenden Tafeln zu bringen.

An der **Cholera** sind vom 28. November bis 12. Dezember im Reg.-Bez. Oppeln 2 und im Reg.-Bez. Frankfurt 3 Personen erkrankt. Außerdem sind mehrfache Cholerafälle bei russischen Kriegsgefangenen besonders im Gefangenenlager zu Ulm vorgekommen. In Oesterreich sind vom 15. bis 21. November 363 (72) Erkrankungen (Todesfälle) amtlich gemeldet, davon 101 (14) in Galizien; in Ungarn 485, darunter 369 bei Militärpersonen.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 15. bis 28. November 1914 erkrankt (gestorben) an Pest, Gelbfieber, Rotz, Rückfallfieber, Fleckfieber: — (—), — (—); Trichinose: — (—), 1 (—), Aussatz: 1 (—), — (—); Cholera: 13 (5), 16 (9); Pocken: 2 (—), — (—); Milzbrand: 1 (—), — (—); Tollwut: — (—), 1 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: — (—), 6 (—); Unterleibstyphus: 512 (52), 531 (57); Ruhr: 240 (7), 116 (4); Diphtherie: 1894 (146), 2022 (165); Scharlach: 1636 (81), 1700 (124); Kindbettfieber: 100 (19), 72 (24); Genickstarre: 2 (2), 5 (1); spinaler Kinderlähmung: 2 (1), 3 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 54, 54; Tuberkulose (gestorben): 571, 632; Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung: 24 (—), 2 (—).

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. Br. in K.: In einem seit mehreren Jahrzehnten bestehenden Krankenhause, allerdings mit neuerem Anbau, befinden sich im Kellergeschoß des alten Hauses zwei Räume, von denen der eine zur vorübergehenden Unterbringung von Kranken, der andere zur Unterbringung von Krätzkranken dient; dürfen derartige Räume überhaupt mit Kranken belegt werden?

Antwort: Nach § 4 Abs. 2 der Vorschriften über Anlage, Bau usw. von Krankenanstalten vom 5. September 1913 dürfen Räume, deren Fußboden nicht mindestens 30 cm über der anschließenden Erdoberfläche liegt, mit Kranken nicht belegt werden. Nach § 33 der Vorschriften ist aber eine Ausnahme von dieser Bessimmung zulässig und demzufolge nicht bloß bei Neubauten, sondern auch gegenüber älteren Gebäuden, vorausgesetzt, daß keine gesundheitlichen Bedenken entgegenstehen. Dies wird daher zu prüfen und falls die Prüfung, was meist der Fall sein dürfte, ungünstig ausfällt, die Weiterbenutzung der betreffenden Räume zu verbieten sein.

Mitteilung: Das **Inhaltsverzeichnis** für den mit dieser Nummer abgeschlossenen Jahrgang wird ebenso wie früher **Nr. 2 des nächsten Jahrganges für 1915 beigefügt werden.**

Redakteur: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.





